UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1956 — N° 98

Les troubles mentaux dans les tumeurs frontales

Travail de la Clinique des Maladies Nerveuses et Mentales
(Professeur Delmas-Marsalet)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Juillet 1956

par

Raymond, Léon, Pierre DESHAYES
Né le 31 Août 1929 à PARIS (9e)
Ancien Externe des Hôpitaux
Lauréat des Hôpitaux

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Examinateurs de la Thèse :
MM. DELMAS-MARSALET, professeur — *Président*
DUFOUR, professeur
POUYANNE, professeur
BLANC, agrégé
— *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1956

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547307_0025

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1956 — N° 98

Les troubles mentaux dans les tumeurs frontales

Travail de la Clinique des Maladies Nerveuses et Mentales
(Professeur Delmas-Marsalet)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 11 Juillet 1956

par

Raymond, Léon, Pierre DESHAYES
Né le 31 Août 1929 à PARIS (9e)
Ancien Externe des Hôpitaux
Lauréat des Hôpitaux

Examinateurs de la Thèse :
MM. DELMAS-MARSALET, professeur — *Président*
DUFOUR, professeur — *Juges*
POUYANNE, professeur — *Juges*
BLANC, agrégé — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne
1956

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE, PORTMANN
DOYEN : M. SIGALAS. — **ASSESSEUR** : M. TAYEAU

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, CHARRIER, DUBREUIL, CRUCHET, PERRENS BEAUVIEUX, CREYX. MAURIAC.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DE GRAILLY
	BROUSTET
Clinique chirurgicale	PAPIN
	MASSÉ
Clinique d'accouchements	M. RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	N.
Anatomie	DUFOUR
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIECHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	J. GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Pathologie générale et expérimentale	SARIC
Clinique ophtalmologique	BESSIÈRE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique médicale et des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	G. PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	F.-J. TRAISSAC
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DUBARRY
Carcinologie	LACHAPÈLE

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL :

M. BLANQUET (Section Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. MAHON (Obstétrique), PAUTRIZEL (Parasitologie), Mlle ROUGIER (Physiologie), M. MOUSTARDIER (Bactériologie) CAZAUX, Pharmacie (3e Section)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Anatomie pathologique	LÉGER
Anatomie	RIGAUD
	CABANIE
Biochimie médicale	NEUZIL
Pathologie expérimentale	FAURE
Physique médicale	DUHAMEL

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE
	ROMAIN
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER
	QUILICHINI

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ :

M. STOLL (Histologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	BERGOUIGNAN
	LENG-LÉVY
	MORETTI
	LAVIGNOLLE
	MARTIN-DUPONT
	DAVID-CHAUSSE
	J. RIVIÈRE
Chirurgie générale	LAUMONIER
	CHAVANNAZ
	VILLAR
	TINGAUD
	DEPAULIS
	DARMAILLACQ

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE
	FAUGÈRE
Ophtalmologie	CORCELLE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
	M. PORTMANN
Dermatologie et shyphiligraphie	LE COULANT
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE
Neurologie et psychiatrie	BLANC
Pneumo-phtisiologie	FREOUR

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER
Accouchements	CHASTRUSSE
	FAUGÈRE
Puériculture	VERGER
	PÉRY
Législation pharmaceutique	COUSTOU
Cryptogamie	LAUBIE
Obstétricie sociale	MAHON
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE
Chimie analytique	BABIN
Pathologie chirurgicale	VILLAR
	CHAVANNAZ
	TINGAUD
	LAPORTE
	DARMAILLACQ

	MM.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Physiologie	BENELLI
Toxicologie et Hygiène	Mlle LARCEBAU
Phytopharmacie	CORTESI
Droit médical international	AUBY
Médecine légale	L'ÉPÉE
Séméiologie médicale	LAVIGNOLLE
Séméiologie chirurgicale	DEPAULIS
Embryologie	STOLL
Pathologie médicale	BERGOUIGNAN
	LENG LÉVY
	MORETTI
	DAVID-CHAUSSE
	RIVIÈRE
	MARTIN-DUPONT

Le Secrétaire principal de la Faculté : GAYRAUD

Par délibération du 5 Août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

Ils m'ont donné l'exemple d'une vie faite de labeur continu, de sacrifice et de charité.

Qu'ils trouvent ici un faible témoignage de ma reconnaissance et ma profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Docteur R. PAULY

Médecin des Hôpitaux

Nous vous remercions pour les grandes possibilités de formation que vous nous avez données; votre bienveillance a été pour nous une aide et un encouragement.

Croyez à ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur H. POUYANNE

Assistant de Neuro-Chirurgie des Hôpitaux

Nous vous exprimons notre respectueuse gratitude pour les facilités de travail que vous nous avez données et pour l'amitié que vous nous avez toujours témoignée.

A Monsieur le Docteur H. LEGER

Maître de Conférences agrégé d'Anatomie Pathologique,
Médecin des Hôpitaux,
Officier d'Académie

A qui nous devons l'étude histologique de la majorité de nos tumeurs.

Avec nos remerciements pour l'accueil qu'il nous a réservé.

A Monsieur le Docteur L. ARNE

Assistant des Hôpitaux

Nous lui devons la plupart de nos artériographies.
Avec notre reconnaissance et notre respectueuse sympathie.

A Monsieur le Docteur P. LEMAN

Ancien Interne des Hôpitaux
Ancien Chef de Clinique des Maladies Nerveuses

Avec notre gratitude et notre amitié.

A Monsieur le Docteur M. GOT

Ancien Interne des Hôpitaux
Ancien Chef de Clinique des Maladies Nerveuses

Avec nos remerciements et notre amitié.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

DE BORDEAUX

A NOS JUGES :

Monsieur le Docteur M. BLANC

Agrégé de Neuro-Psychiatrie,
Médecin des Hôpitaux,
Diplômé d'Etudes Supérieures de Philosophie

Monsieur le Professeur R. DUFOUR

Professeur d'Anatomie,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre,
Officier de l'Instruction Publique,
Médaille d'Honneur du Service de Santé de la Marine

Monsieur le Professeur L. POUYANNE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique,
Chirurgien des Hôpitaux.
Officier d'Académie,

Que nous remercions de l'honneur qu'ils nous font de siéger à notre jury de thèse.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELMAS-MARSALET

Professeur de Clinique des Maladies Nerveuses et Mentales,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur.
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Mon cher Maître,

Nous vous remercions de nous avoir inspiré le sujet de cette thèse et de nous faire le très grand honneur de la présider. Notre travail n'est qu'un bien modeste reflet de votre brillant enseignement et de votre immense expérience de ce sujet.

Nous vous prions d'agréer l'expression de notre profonde gratitude pour votre aide et l'assurance de notre respectueux attachement.

PREAMBULE

Pour l'étude des troubles mentaux des tumeurs frontales, nous avions à notre disposition de très nombreux dossiers dans le Service de Clinique des Maladies Nerveuses et Mentales. Dans un but d'exactitude anatomique, nous n'avons utilisé que les dossiers des malades hospitalisés dans le service de Neuro-Chirurgie, où une vérification opératoire ou anatomique confirma la localisation. MM. le Professeur L. Pouyanne, les Docteurs H. Pouyanne et P. Leman nous ont également confié de nombreux dossiers de leur clientèle privée. Nous tenons à les en remercier à nouveau bien vivement.

Le choix fausse évidemment un peu toute étude statistique car il est bien évident que certaines tumeurs surtout profondes de siège fronto-rolandique, fronto-calleux ne figurent pas dans notre documentation, vu l'absence de contrôle opératoire ou histologique.

La fréquence des tumeurs frontales dépistées actuellement est de plus en plus grande; ceci résulte du développement des examens paracliniques. La ventriculographie était bien utilisée autrefois, mais elle n'intervenait souvent qu'à un stade assez avancé et uniquement à titre préopératoire. La pratique de l'E.E.G. et de l'artériographie nous ont montré que bon nombre de symptômes neuro-psychiatriques ne se rattachaient pas à une affection uniquement vasculaire, dégénérative ou scléreuse, qui autrefois, malgré la thérapeutique dite étiologique, suivaient leur cours, mais à une affection tumorale relevant de la seule thérapeutique chirurgicale, même si elle n'est que palliative. La radiothérapie, parfois désastreuse (elle donnait des poussées œdémateuses que les

solutions hyperthoniques n'enrayaient pas) est devenue beaucoup plus efficace et moins dangereuse quand le chirurgien a fait une décompression (ponction de kyste, ablation d'une grosse partie tumorale, « décompressive »).

La possibilité d'associer aux solutions hypertoniques, les nouvelles médications du type ganglioplégique, a amélioré les résultats neuro-chirurgicaux, même dans les tumeurs malignes. Tout ceci nous invite à faire le diagnostic de tumeur le plus tôt possible, afin que nos possibilités thérapeutiques soient encore plus grandes.

Le lobe frontal fut considéré longtemps comme une « zone muette », mais de tout temps, son rôle dans la vie psychologique fut supposé. Des mutilations chirurgicales de ce lobe faites dans un but thérapeutique (maladies mentales et syndromes douloureux) ont redonné un regain d'actualité à l'étude des troubles engendrés par les lésions de ce lobe. C'est ainsi qu'il nous a semblé intéressant de reprendre l'étude psychiatrique des tumeurs de cette région dans un double but : le dépistage plus précoce des lésions tumorales et la meilleure connaissance de la psychophysiologie du lobe frontal.

DEFINITION

Par « lobe frontal », nous n'entendons que la région du cerveau située en avant de la zone motrice ou zone rolandique, celle que les anatomistes appellent la zone préfontale ou prémotrice.

Nous ne reprendrons pas entièrement les études anatomiques, architectoniques ou physiologiques relatives à la connexion de cette région. On trouvera dans notre bibliographie de nombreux auteurs qui y ont consacré une partie plus ou moins importante de leurs études.

Nous rappelerons très brièvement quelques notions élémentaires.

Du point de vue anatomique pur, macroscopique, le lobe frontal comprend toute la région du cerveau située en avant du sillon de Rolando et de la scissure de Sylvius. On distingue la circonvolution frontale ascendante parallèle au sillon rolandique et trois circonvolutions frontales horizontales numérotées de haut en bas 1, 2 et 3, à la face inférieure, les circonvolutions orbitaires. La frontale ascendante empiète sur la face interne où on l'appelle lobule paracentral, ainsi que la première circonvolution frontale qui devient la circonvolution frontale interne.

Les variations de structure de ces différentes régions ont permis à Brodmann, Vogt, Campbell, Economo, et bien d'autres de diviser le cerveau en un certain nombre de territoires architectoniques, sur lesquels d'ailleurs l'accord n'est pas entièrement réalisé. Les variations individuelles sont en effet très importantes.

A la suite de Brodmann, dont, avec beaucoup d'auteurs, nous adopterons la terminologie car elle est simple, nous

pouvons différencier certaines zones : une zone motrice ou aire 4, une zone prémotrice ou aire 6 (dans laquelle certains auteurs rangent l'aire 8). Ces aires constituent l'aire motrice de la circonvolution de Rolando. Notre étude comprendra l'étude des tumeurs situées en avant de cette région.

Nous trouvons sur la connexité, disposées en triangle à pointe inférieure, successivement d'arrière en avant, les aires 8 et 9 dans la région parasagittale. Plus latéralement, nous pouvons distinguer les aires 44, 45 et 46 et, constituant le pôle frontal, l'aire 10. A la face inférieure ou orbitaire, nous avons les aires 13, 47, 11, avec le passage du nerf olfactif. Enfin, sur la face interne, en bas, l'aire 12, puis coiffant le corps calleux, les aires 24, 25 et 32.

Nous appellerons « mental » dans un sens très général tout ce qui concerne la partie la plus différenciée de notre personnalité et nous entendrons par « troubles », les modifications qui y sont apportées.

Cette conception si générale des troubles mentaux semblera à beaucoup abusive, puisque nos malades n'arriveront pas toujours au stade d'aliénation mentale, c'est-à-dire qui empêche la vie dans la société.

Par ailleurs, comme y insiste Baruk, nombre de modifications peuvent sembler normales, en rapport avec les malaises ressentis par les malades. La différence entre les réactions pathologiques et les réactions normales est souvent difficile à marquer, ce qui explique d'ailleurs certaines divergences dans les travaux de différents auteurs et les écarts de certaines statistiques.

De même que nous avons des difficultés pour trancher entre psychoses et névroses, les termes de passage étant fréquents, de même nous avons éprouvé de très grosses difficultés à classer nos tumeurs en catégories, avec ou sans troubles mentaux.

Nous retrouvons aussi cette même difficulté dans la terminologie psychiatrique, les mêmes termes n'ayant pas le

même sens dans les différents pays et même suivant les différentes écoles d'un même pays.

G. de Morsier, dans son étude du syndrome préfrontal, écrit ainsi : « Les concepts psychologiques vagues comme « instinct », « intelligence », « psychisme » doivent être rigoureusement proscrits, aussi bien dans l'observation des animaux en expérience que dans celle des malades, parce qu'ils sont dénués de toute valeur comparative ou explicative. » Malheureusement, faute de mots plus précis, nous avons dû les conserver souvent, d'ailleurs comme la plupart des auteurs, dont de Morsier lui-même; nous tâcherons cependant de les définir pour rendre notre étude valable.

Les termes employés dans la description des troubles présentés par nos malades psycho-névrotiques nous ont semblé souvent inadéquats quand nous les rapportons à nos malades porteurs d'un syndrome tumoral frontal. De nombreux auteurs ont insisté, avant nous, sur cette difficulté et certains ont même créé des termes nouveaux pour en montrer la différence; nous trouvons ainsi le terme de « moria » qui caractérise un syndrome hypomaniaque particulier, qui se rencontre dans les tumeurs frontales.

Nous considérons, dans l'ensemble, que nos malades présentaient, avant l'apparition de la tumeur, une personnalité normale. Nous considérons donc que l'étude des tumeurs frontales présentera par là-même, une valeur importante pour la compréhension du lobe frontal; cependant, nous savons que tout traumatisme physique ou psychique peut être l'occasion révélatrice d'une personnalité prémorbide; nous serons donc amenés à ne faire que des conclusions prudentes, car les études de la personnalité prémorbide ne sont pratiquement jamais faites; nous trouvons cependant chez beaucoup de nos malades (qui présentaient une adaptation à peu près normale) une transformation qui pourra constituer l'essentiel de leur maladie ou un des éléments de celle-ci. C'est pourquoi nous étudierons les troubles mentaux dans les tumeurs frontales.

Par tumeurs frontales, nous entendrons les tumeurs d'origine méningée ou neuronale, soit les méningiomes et les gliomes. Nous y avons ajouté les tumeurs d'origine extrinsèque, comme les métastases, vu leur développement particulier; par contre, nous avons éliminé de notre étude les abcès et aussi les lésions d'origine traumatique, ainsi que les ramollissements ou même les hémorragies spontanées. De même, nous avons éliminé les tumeurs dysembryoplasiques, les tumeurs d'origine hypophysaires à développement sous-frontal, ainsi que certaines tumeurs du IIIe ventricule.

HISTORIQUE

Nos ancêtres ont toujours cherché à localiser le siège d'élaboration de notre pensée; les différents territoires du cerveau furent successivement incriminés, depuis les ventricules jusqu'aux divers territoires solides. Sans remonter aux premiers médecins, Galien ou Hippocrate, citons Descartes, qui admettait que l'épiphyse était le siège de l'âme et envoyait des « influx animaux ». Au XVIII^e^ siècle, Lapeyronie admet l'origine des hautes fonctions mentales au niveau du corps calleux.

Au XIX^e^ siècle, avec l'apparition de la doctrine des localisations cérébrales, l'attention est attirée vers le lobe frontal; et si Cuvier (1805) ne croit pas à une localisation particulière, il souligne l'importance qui fut donnée de tous temps et par tous, philosophes et artistes, au volume cérébral et en particulier à certains territoires qui sont plus développés dans les races humaines les plus évoluées (angle facial de Camper, la première mesure anthropométrique). Les études de ce genre sont toujours d'actualité et un Institut du Cerveau est consacré à Moscou à l'étude des cerveaux des gens de talent; Gall et Spurzeim (1810) localisent dans des différentes circonvolutions les facultés humaines et ils cherchent a étudier les « bosses » craniennes. Ils situent l'intelligence au niveau des lobes frontaux et pensent que l'homme est d'autant plus intelligent que le cerveau antérieur et supérieur est plus développé. Déjà, ils faisaient intervenir la partie orbitaire du grand lobe antérieur dans la localisation du langage. Burdach attribue, lui aussi, au lobe frontal, l'activité psychique et la connaissance objective, mais n'en fait aucune démonstration. Aussi, Flourens (1842) réagit avec vigueur et

après ses expérimentations animales soutient l'unité du cerveau pour l'intelligence, admettant cependant quelques localisations pour les organes des sens. Broca, en 1861, démontrant à l'autopsie, le rôle du pied de F 3 dans l'aphasie, remet en question, l'unité des centres nerveux intellectuels. Gratiolet (1861), bien qu'il admette le problème d'un siège pour la « raison qui commande », et reconnaisse au lobe frontal, « la majesté du cerveau humain », prend parti pour la doctrine de Flourens, car le cerveau doit avoir une unité fonctionnelle : « la synergie fonctionnelle du cerveau pouvant trouver sa condition anatomique dans les commissures multiples, lesquelles, unissant et de la façon la plus complexe, toutes les circonvolutions d'un même hémisphère, font toucher du doigt l'unité fonctionnelle du cerveau. »

Jackson (1868) distingue différents aphasiques, ceux qui ne peuvent parler, et ceux qui parlent sans comprendre le sens des mots employés.

A la suite de la découverte de l'aire motrice en 1869-1870, la science de la localisation cérébrale fonctionnelle dans le cerveau antérieur se développe avec une grande rapidité.

De nombreux auteurs ouvrent la voie à la psychophysiologie. De multiples théories vont naître et s'opposer et les contradicteurs vont appuyer leurs convictions sur des faits de divers ordres : phylogénétique, embryologique, physiologique et anatomo-clinique.

C'est vers la fin du XIX^{e} siècle que les recherches modernes sont entreprises. Elles amènent les auteurs, surtout sur le plan expérimental et théorique, à des conclusions souvent opposées; nous les retrouverons ultérieurement. Cependant, les cliniciens s'intéressent aussi aux différentes localisations et si les manifestations ne sont pas toujours univoques, on arrive cependant à décrire des troubles résultant de l'atteinte de la « zone muette ». Ainsi, Starr établit en 1884, que les symptômes caractéristiques de l'atteinte frontale sont une perte de la volonté, un changement de la personnalité, une

diminution de l'attention et des désordres dans les processus mentaux de synthèse. Welt conclut à un changement du caractère qui se manifeste par une absence de repos, de l'euphorie et un bavardage incessant, ou un abattement avec inaccessibilité et quelquefois, une baisse des sens moraux et sociaux. En 1888, Jastrowitz décrit de nombreux cas de tumeurs des lobes frontaux avec des troubles émotionnels. Quelques-uns de ses malades devenaient déprimés, alors que d'autres, euphoriques et fiers (orgueilleux), montraient une loquacité anormale, une tendance à faire des calembours, et se servaient d'un langage obscur. Cette élévation particulière de l'humeur, Jastrowitz pensait qu'elle était pathognomonique des lésions du lobe frontal, malgré son inconstance. Oppenheim observe, lui aussi, ces symptômes euphoriques chez un certain nombre de ses malades atteints de tumeur du lobe frontal et les désigne par le terme de « Witzelsucht » (tendance aux facéties). Sheldon, Griffith, Macher, Elder, Miller, Auerbach, entre autres, décrivent des observations analogues les années suivantes. Mais de nombreux auteurs (Bruns, Serog, Uhlenhuth) ne font pas dépendre ces changements émotionnels des lobes frontaux.

E. Muller fut particulièrement opposé à l'origine spécifique du trouble. Il considérait avoir prouvé par l'étude de 156 cas, qu'il releva dans la littérature, que les tumeurs frontales ne sont pas davantage associées à un trouble mental que les tumeurs des autres régions du cerveau. Pour lui, les changements intervenu dans le caractère et la « Witzelsucht » d'Oppenheim sont dus aux préjudices causés à tout le cerveau et sont alors des « conditions » mal interprétées d'intelligence troublée. Il combattit également l'opinion suivant laquelle les tumeurs du lobe frontal sont plus aptes à déterminer des troubles intellectuels que les autres tumeurs.

En 1902, paraît le premier travail important sur la question. Schuster, dans une statistique dressée sur des données de Gianelli et portant sur 528 cas de tumeurs encéphaliques,

ne trouve que 323 cas s'accompagnant de troubles mentaux, soit seulement un peu plus de la moitié. Il ne peut différencier un syndrome frontal spécifique, bien que la fréquence des troubles mentaux soit plus grande dans les tumeurs frontales, où elles atteignent 18,8 %. Gianelli, dans sa statistique, trouvait 23,8 %.

Baruk consacre sa thèse aux troubles mentaux en rapport avec les tumeurs cérébrales. Si les néo-formations trouvées dans les asiles sont peu nombreuses, elles intéressent le plus souvent le lobe frontal ou le corps calleux. Dans son étude clinique générale, après avoir rappelé qu'il y a des manifestations psychiques déterminées par les troubles somatiques, il décrit différents tableaux psychiatriques en rapport avec les tumeurs, et en analyse les éléments. Il étudie ensuite les troubles suivant les localisations et insiste sur la valeur des solutions hypertoniques, qui peuvent faire disparaître l'hypertension et aider à préciser ce qui revient à la localisation; il insiste aussi sur la dominance de l'hémisphère gauche, non seulement sur les fonctions du langage, mais encore sur les fonctions psychomotrices et intellectuelles. C'est ainsi que les troubles psychiques précoces et profonds traduisent de préférence une atteinte gauche, alors que des troubles légers ou tardifs, peu caractérisés, font penser à un syndrome d'H.I.C. sans localisations précises, ou à une tumeur droite, bien qu'il y ait des exceptions à ce point de vue. Dans l'étude consacrée aux tumeurs du lobe frontal, à partir de 11 cas vérifiés anatomiquement, dont 9 avec des troubles psychiques profonds, 1 avec des troubles légers et 1 seul sans manifestation psychique, Baruk insiste, en citant Oppenheim et Gianelli sur la précocité des manifestations mentales; l'apparition précoce des troubles psychiques est surtout nette dans les tumeurs d'emblée intra-cérébrales, et « ces troubles apparaissent plus tôt, avant que les autres manifestations de l'hypertension soient accusées ». Baruk étudie ensuite séparément les diverses manifestations qui, suivant leur combinaison ou la pré-

dominance de l'une d'elles, vont donner un tableau clinique particulier.

Il distingue un premier groupe de troubles mentaux liés à l'affaiblissement intellectuel; ces troubles précoces et accusés créent de véritables états d' « aliénation mentale ». Il les résume en confusion profonde, avec torpeur marquée et souvent incohérence, parfois aspects cliniques d'allure démentielle rappelant la P.G. Le deuxième groupe est constitué par les troubles du caractère et de l'humeur : euphorie, puérilisme, érotisme, moria, et, s'il y a association avec une certaine excitation motrice, un véritable état hypomaniaque, qui peut s'accompagner de perturbations du sens moral par libération des instincts. Des antécédents psychopathiques sont rarement trouvés et Baruk pense que les perturbations instinctives sont sous la dépendance de la lésion organique. Il étudie enfin un troisième groupe avec les troubles de l'orientation spatiale, en rappelant la publication de Pierre Marie et Lehague. Baruk, enfin, ne pense pas qu'il existe un « psychodiagnostic » des tumeurs du lobe frontal, des troubles analogues pouvant s'observer au cours de l'H.I.C. simple ou au cours des tumeurs d'autres sièges, en particulier du corps calleux.

Clovis Vincent emprunte à Pussepp la description des troubles mentaux des tumeurs frontales. Bien qu'il intitule son rapport « diagnostic des tumeurs comprimant le lobe frontal », il y étudie indifféremment les gliomes, les méningiomes et d'autres tumeurs, gommes, abcès, etc.... Dans 3 des 25 observations, il n'y a pas de modification mentale . Les troubles mentaux sont parfois évidents et d'emblée caractéristiques, tel sont les troubles du caractère : colères, perte des sentiments affectifs, de l'activité, de l'orientation spatiale; ils sont parfois difficiles à mettre en évidence parce qu'ils sont trop frustres au début de la maladie ou parce qu'ils sont noyés dans le tableau complexe des troubles dus à l'hypertension.

Les monographies sur les tumeurs frontales sont nombreuses. Citons celles de Kolodny, de Frazier, de Schroder et de Busch.

En 1939, Messimy fait une étude clinique des tumeurs frontales à partir de 172 observations qu'il recueillit dans le Service du Professeur Cushing, soit 96 gliomes, 70 méningiomes et 6 tumeurs diverses. Il étudie à part 24 méningiomes supra-sellaires. Les troubles psychiques marquèrent, 14 fois sur 102, le début de la symptomatologie dans les gliomes, alors que les autres symptômes, premiers en date, sont la céphalée (26 cas), les crises convulsives (18 cas), les troubles visuels (8 cas). Dans les méningiomes, la céphalée est plus tardive et les troubles visuels apparaissent souvent les premiers. Parmi les troubles fonctionnels relevés, l'auteur insiste sur les troubles de l'équilibre rencontrés 52 fois dans les gliomes, 19 fois dans les méningiomes de la surface frontale inférieure, 4 fois parmi les 12 méningiomes de la convexité; dans de nombreux cas, ils ne purent être recherchés, le malade étant confiné au lit. Dans les crises convulsives, l'élément tonique paraît prépondérant; les crises comportent souvent une aura vertigineuse, Messimy insiste, par ailleurs, sur les paresthésies spontanées (les faits d'engourdissement, lorsqu'il coïncident avec une paralysie musculaire, sont éliminés), qui sont fréquentes surtout dans le domaine du trijumeau (28 cas, dont 21 dans les gliomes).

Messimy fait une place de premier plan aux hallucinations, qu'il trouve dans 11 cas de gliomes, et dans 7 méningiomes (5 olfactifs). Il s'agit, en général, d'hallucinations combinées, visuelles-auditives, ou visuelles-auditives-olfactives; dans 2 cas, des hallucinations cénesthésiques étaient associées. Ces hallucinations ont un caractère de réalité intense. Dans 1 cas, elles apparurent au cours de l'acte opératoire. Elles existeraient surtout dans les tumeurs volumineuses et bilatérales. Parmi les autres troubles rencontrés, l'auteur insiste sur les troubles urinaires (notés 7 fois comme

manifestations primitives, et 49 fois de façon plus tardive), les troubles génitaux, gastro-intestinaux, d'appréciation plus délicate, ces derniers étant souvent dus à l'H.I.C. et aussi, sur la somnolence, qui peut apparaître dès le début de la maladie et en l'absence de toute stase papillaire.

Après une étude détaillée des troubles neurologiques, Messimy étudie les troubles psychiques et de l'activité. La baisse de la mémoire est notée dans 70 % des cas environ; il s'agit essentiellement d'une amnésie de fixation; le trouble peut d'ailleurs être intermittent. La baisse de la concentration intellectuelle est presque aussi fréquente. Les troubles de l'affectivité paraissent prépondérants chez ces malades, et pour Messimy, les troubles intellectuels leur sont en grande partie secondaires. L'euphorie (moria), signe classique, est notée souvent (un tiers des cas), mais surtout à la période post-opératoire. La « Witzelsucht » est aussi notée; celle-ci correspond à une libération du mécanisme associatif, ce qui explique pour l'auteur les variations rencontrées. La dépression est moins fréquente; on rencontre une tendance à l'isolement plus que la dépression mélancolique (1 cas de suicide). L'évolution se ferait ainsi : diminution des tendances affectives fondamentales, entraînant la perte de l'initiative, de l'enthousiasme et d'ambitions soutenues, le manque d'énergie et de volonté. L'activité est également modifiée, tant sur le plan verbal que moteur; les états opposés peuvent se rencontrer : apathie ou hyper-activité de type stéréotypé, des états d'isolement, de négativisme évoquant les états schizoïdes, ou des états hypomaniaques; l'irritabilité excessive est notée dans un tiers des cas, l'émotivité peut être explosive; certains malades sont ainsi qualifiés d'hystériques.

Zilberstein (1947) étudie les troubles mentaux dans les tumeurs de la région frontale à partir de 53 observations du Service du Professeur Clovis Vincent. L'auteur classe ces tumeurs suivant leur localisation dans chaque hémisphère; sur 3 tumeurs calleuses, 2 sont localisées au genou et n'ont

pas entraîné de troubles mentaux nets, malgré une H.I.C.; et bien que l'auteur n'insiste pas sur la nature de ces deux tumeurs, il est à noter (nous le verrons dans notre synthèse), qu'elles sont, d'une part, « un glioblastome isomorphe primaire », et d'autre part, un « oligodendroblastome ». L'auteur étudie enfin les tumeurs fronto-calleuses bilatérales. Zilberstein conclut son étude en distinguant 4 syndromes :

Le syndrome du pôle frontal, où il trouve une perte de la volonté, une inattention poussée à l'extrême, une indifférence émotionnelle, la mémoire étant intacte.

Le syndrome de la région pré-motrice, où les troubles de la mémoire prédominent; les troubles de l'orientation sont classés par l'auteur dans les troubles de la mémoire topographique, si la lésion est à gauche, il peut y avoir des troubles du langage, sans aphasie proprement dite.

Le syndrome de la région motrice, où il n'y a pas de troubles psychiques, les troubles aphasiques se rencontrant dans les lésions gauches.

Le syndrome calleux; il est caractérisé, quand la lésion est suffisamment étendue, par l'inaccessibilité (« imperviousness » d'Alpers).

« Les autres troubles mentaux : euphorie, jovialité, désorientation dans le temps et l'espace, changement de caractère, incontinence sphinctérienne, la confusion mentale, sont communs à ces quatre syndromes. » L'auteur termine son étude en considérant que « si les syndromes ne sont pas retrouvés à l'état pur, cela est dû à la non-précision des limites des tumeurs ».

Schlesinger (1950) précise, à partir de 591 tumeurs cérébrales, la fréquence et le type des modifications mentales constatées. Il compare ces résultats à ceux donnés par des lésions non tumorales atteignant les régions similaires du cerveau. Sur les 216 tumeurs frontales réunies, l'auteur trouve des troubles mentaux dans :

— 92 % des 50 tumeurs extra-ventriculaires bilatérales.

— 64 % des 31 tumeurs bilatérales « variété intra-ventriculaire ».

— 80 % des 36 tumeurs baso-frontales unilatérales.

— 63 % des 93 tumeurs unilatérales de la convexité (33 cas) et du centre ovale (30 cas).

Les troubles de l'humeur furent dans l'ensemble prédominants, mais l'auteur signale les difficultés de les séparer des troubles intellectuels et du niveau de la conscience; la fréquence des troubles est plus importante dans les tumeurs frontales et temporales. Les manifestations mentales des tumeurs frontales, particulièrement de la base, sont plus graves et plus variées que celles des tumeurs des autres régions, à l'exception des tumeurs du tronc cérébral supratentoriel. Schlesinger fait ensuite un essai de synthèse et une étude pathogénique dans laquelle il fait intervenir la distance par rapport au sillon de Rolando et les associations fonctionnelles.

Paillas, Boudouresques, Bonnal et Provansal présentent une étude clinique de 72 tumeurs frontales, que Provansal développe dans sa thèse (1951). Pour son étude des troubles psychiques, sur 82 cas analysés, il ne retient que 72 observations de tumeurs strictement frontales; 39 malades (soit 54 %) présentèrent des troubles psychiques avant tout signe ophtalmologique d'hypertension intra-crânienne.

L'auteur divise les troubles caractériels et thymiques en phénomènes d'excitation (5 cas de moria, 5 d'hyperactivité génésique, 2 de boulimie et 2 de rire et pleurer impulsifs) et, en phénomènes opposés : inaffectivité, indifférence, apathie, qui lui paraissent beaucoup plus fréquents (26 cas). Les véritables syndromes mélancoliques sont rarement observés, sauf dans 3 cas de tumeurs fronto-temporales. « Les troubles psychiques se présentent volontiers de façon discontinue comme par bouffées ».

Les troubles intellectuels sont constitués essentiellement par le déficit mnésique (33 fois) avec, dans 1 cas, désorien-

tation dans le temps, et dans 4 cas, désorientation dans l'espace. La perte de l'auto-critique (5 cas) n'a été retrouvée qu'associée à l'euphorie. La perte complète de la notion de gravité de leur état fut deux fois particulièrement frappante.

Provansal note que divers syndromes psychiatriques peuvent être décrits, mais que ceux-ci sont plus intenses dans les tumeurs temporales. Les syndromes confusionnels (1 cas de véritable syndrome de Korsakoff) sont les plus fréquents; il a trouvé 2 syndromes démentiels de type pseudo-paralysie générale. Provansal a rencontré quelques syndromes d'excitation, mais aucun état hébéphréno-catatonique.

La nature tumorale semble avoir peu d'importance, puisque les troubles psychiques sont retrouvés 15 fois sur les 23 méningiomes, 14 fois sur les 34 gliomes, 10 fois dans des tumeurs non histologiquement vérifiées.

Provansal conclut que ce sont les gros méningiomes (15 fois sur 23) et « les tumeurs dures » qui donnent le maximum de troubles psychiques; le côté de la tumeur ne semble pas intervenir, puisque « au point de vue topographique, les 39 tumeurs en cause, pour la plupart comprimant ou occupant tout un lobe, se répartissaient ainsi : 9 étaient bilatérales, 18 siégeaient à droite, et 12 à gauche », cependant « ce sont les tumeurs siégeant dans la région inter-hémisphérique ou celles intra-parenchymateuses ayant une extension postérieure qui causent le plus de troubles pour ne pas dire exclusivement elles ».

Walter-Bruel (1951), à partir de l'étude de 600 tumeurs, ne retrouve que 139 tumeurs avec troubles psychiques, sur les 173 tumeurs frontales. La fréquence des manifestations psychiques, quoique très grande, est inférieure à celle constatée dans les cas de tumeurs des autres régions. Pour l'auteur, l'âge constitue le facteur le plus important; c'est ainsi que le « psycho-syndrome organique » ne se rencontre jamais dans l'enfance, très rarement et toujours de façon peu importante dans la première moitié de l'âge adulte, et de plus en plus

souvent au-delà de la quarantaine; les troubles deviennent de plus en plus graves avec l'âge.

Il rencontre surtout des troubles précoces et profonds de l'intelligence et de la faculté de remarque. L'auteur distingue du « syndrome d'affaiblissement » le « psycho-syndrome organique » au sens de Bleuler; il englobe dans celui-ci le syndrome dysmnésique, les troubles du jugement, du raisonnement, avec parfois délire tranquille, professionnel ou hallucinatoire, qui peut être le point de départ d'une évolution vers la démence. Il trouve que ce syndrome est l'expression d'une moindre résistance des cerveaux vieillissants. L'auteur considère que le syndrome frontal n'est pas spécifique et que les altérations mentales sévères ne peuvent à elles seules orienter vers le diagnostic de tumeur frontale. « La somme des dispositions intellectuelles » serait le facteur capital pour la production des troubles mentaux.

R. Marty (1952), dans une grande étude critique des troubles mentaux des néo-formations intra-crâniennes, analyse successivement les tableaux cliniques, quelles que soient les localisations tumorales, puis les variantes en rapport avec celles-ci.

R. Angelergues, H. Hécaen et J. de Ajuriaguerra (1955) analysent 80 tumeurs frontales recueillies dans le Service de M. le Professeur agrégé M. David; ils rappellent le syndrome psychiatrique puis étudient les troubles mentaux qui sont rencontrés dans 54 cas de tumeurs. La fréquence des troubles ne dépend pas du côté où se situe la lésion, mais augmente dans les lésions bilatérales. Les troubles mentaux sont relevés dans 51,4 % des méningiomes; le pourcentage des troubles est surtout important pour les tumeurs de la face inférieure, moins pour celles de la convexité, et assez faibles pour celles de la face interne. Les troubles psychiques sont relevés dans 51,4 % des méningiomes; le pourcentage des dans les 3 métastases, 1 abcès métastatique et dans 3 tumeurs diverses. La stase papillaire est rencontrée dans 77,5 % des

cas dans le groupe des 54 malades avec troubles mentaux, et sa fréquence se maintient à 70,8 % dans le groupe des 26 malades sans troubles mentaux.

Leur analyse séméiologique du syndrome mental des tumeurs frontales comprend :

a) Les troubles de la conscience et de l'activité : les auteurs relèvent une réduction générale de l'activité; une bradypsychie et une bradykinésie sont relevées dans 13 cas, une inertie importante dans 7 cas et une akinésie dans 4 cas; dans les formes les plus légères, les troubles de l'attention sont relevés dans 10 cas à l'état isolé; les difficultés de la mémoire sont de règle dans les syndromes confusionnels (12 fois) et démentiels (2 fois), et furent relevés en dehors d'eux dans 18 cas. — Les manifestations subconfusionnelles paraissent plus fréquentes telles l'obnubilation (10 fois) et l'obtusion (4 fois) — l'indifférence est notée dans 20 cas sur les 54 malades, les états de détérioration, de somnolence et de torpeur étant mis à part.

b) Les troubles de l'humeur et du caractère : l'irritabilité est notée dans 13 observations, l'euphorie dans 17 observations, alors que les états dépressifs sont rares (6 fois) et en général momentanés.

c) Des troubles psychotiques et névrotiques furent parfois observés : soit des manifestations hystériques ou hystéroïdes, dans 4 cas (dont 3 méningiomes sous-frontaux), soit des idées délirantes de persécution dans 3 cas.

d) Des troubles paroxystiques peuvent se manifester : ce sont presque exclusivement des hallucinations simples ou complexes. Dans l'ensemble, l'évolution des troubles mentaux se fait vers l'aggravation progressive.

Les auteurs poursuivent ensuite leur analyse suivant la nature et l'évolution de la tumeur, puis suivant sa situation topographique, et font une comparaison avec les troubles mentaux de 25 tumeurs fronto-temporales et de 16 tumeurs rolandiques. Les troubles mentaux sont relevés dans 48 % des

premières, et sont très rares dans les secondes. Après avoir étudié encore les troubles des autres localisations, ils concluent à la fréquence des syndromes confusionnels dans toutes les variétés. Dans les tumeurs frontales, il se surajoute des troubles de l'activité et de l'humeur; l'akinésie peut cependant dominer le tableau confusionnel.

Angelergues, Hecaen, de Ajuriaguerra comparent leurs résultats avec les données expérimentales et cliniques; ils font à cette occasion une revue générale des troubles rencontrés dans les lésions vasculaires préfrontales, dans les traumatismes frontaux, les lobectomies et lobotomies frontales, et rappellent les différentes conceptions psycho-pathologiques qui furent proposées pour expliquer les troubles mentaux consécutifs aux tumeurs frontales. Les auteurs concluent au danger de vouloir expliquer les troubles par le mécanisme de l'H.I.C. et à la valeur des lésions frontales focales, même si la tumeur est étendue; les troubles sont expliqués par la rupture des structures fonctionnelles psychiques.

ETUDES EXPERIMENTALES

De très nombreux auteurs cherchèrent la confirmation de leur théorie localisatrice ou antilocalisatrice dans l'étude expérimentale animale. L'ablation, l'excitation du cortex frontal fut le point de départ de très nombreuses recherches anatomiques. Les expérimentateurs recherchaient les manifestations psychiques et neurologiques provoquées par les lésions frontales.

Ferrier (1875), étudiant les mammifères supérieurs, trouve dans le lobe frontal un centre de mouvement de la tête et des yeux, sans paralysie réelle, les mouvements étant obtenus par voie réflexe; il trouve que cette immobilité de la tête et des yeux donne une apparence d'indifférence et de stupidité. Il en conclut à l'action de l'intelligence sur les phénomènes moteurs. Grunbaum et Sherrington confirmèrent par la suite les faits décrits par Ferrier.

Hitziz (1870-1884) montre que l'ablation des lobes frontaux chez le chien n'est jamais suivie de trouble moteur et qu'elle provoque chez le singe une perte des acquisitions récentes et de l'éducabilité. Il en conclut, contrairement aux physiologistes allemands, Munk et Goltz, que « l'intelligence, disons mieux, le trésor des idées, doit être recherché dans toutes les parties de l'écorce cérébrale, ou plutôt, dans toutes les parties du cerveau, mais je soutiens que la pensée abstraite exige nécessairement des organes particuliers, et ces organes, je les trouve dans le cerveau frontal. »

Bianchi (1894-1895), après destruction unilatérale du lobe préfrontal chez le chien, ne trouve aucun symptôme digne de considération, alors que les mutilations bilatérales donnent un changement sensible du caractère avec surtout un

affaiblissement de toutes les manifestations psychiques, que des profanes désigneraient imbécilité. C'est ainsi qu'il trouve un « défaut de jugement perceptif, une peur exagérée par défaut critique ou par incapacité de se servir de leurs forces physiques entièrement conservées, amnésie et façon d'agir psychiquement aveugle, défaut d'initiative et de ressources, absence de finalité dans les mouvements complexes, laquelle se traduit par une conduite incohérente et une diminution de la vivacité ». Comme les fibres associatives ainsi que les différentes fonctions sensorielles et motrices sont intactes, il interprète les faits comme un dommage à la vie psychique et fait du lobe frontal, non l'organe de l'intelligence, mais un organe de l'intelligence, parce que l'intelligence est la manifestation suprême à laquelle concourt le travail de tout le cerveau.

Bianchi continue ses recherches et publie une remarquable monographie en 1921, où il analyse ses travaux et ceux de ses nombreux contradicteurs. Son étude détaillée du comportement des singes avant et après opération lui permet de conclure :

1. A un défaut du pouvoir perceptif consistant dans une perception partielle des objets du monde extérieur, se bornant aux signes les plus grossiers et aux stimuli les plus forts.

2. La mémoire, faible et infidèle, est extrêmement réduite, non seulement pour les acquisitions récentes, mais aussi pour les anciennes. Le singe mutilé n'utilise pas son expérience passée; il répète toujours les mêmes actes, sans mettre à profit ce que lui a appris l'action précédente et sans rien essayer de nouveau pour atteindre un but déterminé. Il a perdu le pouvoir biophylactique.

3. Le pouvoir associatif est fortement diminué. Le singe n'a plus ses facultés de connaissance et d'acquisition. Il manque d'initiative, et sous l'effet d'impulsions internes, accomplit surtout des mouvements sans but évident, qui deviennent des automatismes. Il ne présente plus de contrainte.

4. Une modification des manifestations émotives et sentimentales. Les sentiments les plus élevés : amitié, reconnaissance, jalousie, sentiment de maternité, celui de protection, de domination et d'autorité, celui du ridicule, disparaissent. Les émotions primitives : faim, soif, persistent; quelquefois, elles sont même intensifiées (surtout la peur irraisonnée et illogique).

5. La conduite dans tous les cas s'est montrée incohérente et Bianchi termine en attirant l'attention sur les stéréotypies et les tics, qu'il attribue au manque d'emprise des centres supérieurs sur les autres centres nerveux.

Choroschko cite les travaux expérimentaux russes. Bien que beaucoup de contradictions puissent y être trouvées, dues surtout au choix des animaux et aux imperfections de la méthode, l'auteur pense que l'on peut retenir certains faits : « Le dressage des animaux est surtout fort intéressant. Les animaux dont les lobes frontaux ont été extirpés présentent pour nous un intérêt considérable. Leur conduite est manifestement troublée. Ils deviennent impuissants, incapables de surmonter les difficultés, impulsifs; les habitudes acquises par le dressage disparaissent. La réaction pupillaire est modifiée. On constate chez certains animaux un état de dénutrition malgré la boulimie. » Les troubles de la « neurorégulation » sont notés et décrits.

Franz remarque que la destruction des lobes frontaux peut entraîner la perte de certaines habitudes, particulièrement de celles qui sont d'acquisition récente, mais qu'elle n'empêche pas leur réacquisition. L'auteur pense qu'il n'y a pas de centre ni d'aire exactement définis, à l'exception peut-être de ceux qui concernent la perception visuelle.

Lashley, son élève, pense d'ailleurs que la diminution de l'intelligence est en proportion de la quantité totale de destruction cérébrale, plutôt qu'en rapport avec l'aire du cortex.

Jacobsen et Fulton pratiquèrent des lobectomies chez des singes supérieurs qui étaient soumis à des dressages compli-

qués pour étudier leur mémoire avant et après ablation frontale. Ils concluent à des déficits profonds dans la mémoire immédiate. Il y a trouble de l'initiative mnésique.

Jacobsen affirme que l'ablation du cortex orbito-frontal ne contrarie en rien la possibilité d'apprendre ou celle de conserver des talents acquis. Il en conclut que « l'intelligence n'est pas une fonction localisée dans une mosaïque bien définie située dans quelque région du cortex, mais qu'elle est plutôt le résultat d'une action équilibrée des différentes parties du système nerveux fonctionnant à un moment donné ». L'étude de la « boîte problème » montre un trouble de l'attention, une indifférence, l'impossibilité d'obtenir des névroses expérimentales.

Finan et Messimy estiment que, d'une manière générale, les troubles affectifs après lobectomie sont l'exagération des tendances affectives de l'animal normal; par ailleurs, on constate une hyperractivité automatique et stéréotypée.

LOBECTOMIES ET LOBOTOMIES

Après les études expérimentales faites sur l'animal, nous allons résumer les renseignements beaucoup plus intéressants qui nous sont donnés par les lobectomies et les lobotomies chez l'homme; mais, véritables expériences, elles ont l'inconvénient d'être réalisées sur des personnes morbides. Elles nous serviront de comparaison avec les tableaux cliniques que nous avons rencontrés dans nos observations.

Les lobectomies

Les lobectomies frontales sont de plus en plus employées depuis une cinquantaine d'années pour le traitement de lésions traumatiques ou tumorales.

Les lobectomies unilatérales furent les plus employées, car la plupart des neuro-chirurgiens considère qu'elles n'entraînent pas de trouble mental après la phase post-opératoire immédiate (Dandy, Rowe, Jefferson et Lidz, O'Brien, etc...). Clovis Vincent pense cependant que des altérations psychiques existent, mais qu'elles n'apparaissent qu'à un examen psychiatrique spécialisé.

Rylander examina attentivement avant et après opération 32 malades atteints de tumeurs frontales. Son étude remarquable (1939) fut surtout centrée sur les troubles présentés après l'intervention. Cet auteur arrive à des conclusions que nous serons obligés de résumer :

Sur les 32 malades, il n'y en eut que 2 qui n'eurent pas de modification mentale (un abcès et une tumeur kystique, tous les 2 dans le lobe gauche). Ces malades eurent une opération particulièrement peu destructrice.

Les modifications les plus importantes portent sur la sphère émotionnelle où elles sont relevées 30 fois.

La manifestation la plus précise est probablement l'exaltation de l'humeur, qui va aboutir dans 20 cas à un état d'euphorie : les malades sont spontanément heureux et la moindre occasion est pour eux une occasion de rire et de plaisanter. Cette élévation de l'humeur dans quelques cas n'est appréciable que par rapport à l'état antérieur. A l'opposé, d'autres malades (8 cas) montrent une tendance à l'abattement et à un repli sur eux-mêmes. Cependant, ces manifestations dépressives sont particulières, car on n'y retrouve aucune trace d'anxiété. Le sens de la variation est expliqué par Rylander d'après la constitution mentale du sujet; c'est ainsi que les « cycloïdes » et les « syntoniques » tendent à l'euphorie, au bavardage incessant, alors que ceux qui ont un tempérament schizoïde vont voir celui-ci s'exagérer.

Les modifications de l'activité psychomotrice et volitionnelle sont ensuite notées : soit sous forme d'une agitation incessante (14 cas), mais improductive, pouvant rendre l'examen difficile ou même impossible, soit au contraire, sous la forme d'une perte de l'initiative et de l'attention (12 cas).

Les modifications intellectuelles existent dans de nombreux cas (21).

Rylander étudie d'abord les facultés primaires (attention mémoire), puis les facultés plus élevées (jugement, abstraction et associations d'idées). Pour cette étude, il utilise toute une batterie de tests et en compare les résultats à ceux obtenus par un groupe de contrôle, puis par les personnes de l'entourage du malade. L'activité du malade (pasteur, instituteur, agriculteur, ménagère) est aussi analysée.

Les résultats de ces investigations dépendent de nombreux facteurs individuels. La détérioration mentale n'est pas fonction du côté opératoire, mais de l'importance de l'excision. Dans l'ensemble, les troubles existent, mais sont nettement contrebalancés par les avantages de l'opération radicale.

Quelques années plus tard (1943), Rylander compare les opérés de tumeurs frontales à ceux d'une autre partie du cerveau, lobe pariétal, occipital ou temporal; les troubles les plus importants existent pour les ablations frontales.

Cependant, si la lobectomie porte sur un seul côté du cerveau, il est certain que dans un bon nombre de cas, les deux lobes frontaux ont été altérés. Parmi les observations de Rylander, 12 opérés le furent pour des méningiomes olfactifs. Quant aux 19 gliomes opérés, l'ablation ne peut toujours être considérée comme radicale, car comme le montrent les autopsies, l'infiltration du côté opposé existe souvent, même si elle ne peut être prouvée.

Les lobectomies frontales bilatérales entraînent toujours des troubles mentaux importants. De très nombreuses études furent faites. Les résultats en sont assez contradictoires. David et Askenasy étudient un cas de volumineux méningiome olfactif à symptomatologie affective et font avec Baruk une longue étude psychologique de ce cas après l'ablation de la tumeur et des deux pôles frontaux.

Les troubles préopératoires portaient surtout sur l'affectivité, qui semblait émoussée plus que suspendue, et étaient voilés sous l'apparence de l'indifférence.

La malade qui, avant sa maladie, « se faisait facilement de la bile », était devenue indifférente et avait une « sorte de sérénité » qui lui faisait prendre les choses comme elles venaient. Mais, derrière cette apathie, l'affectivité subsistait et la malade signala qu'elle était contente de recevoir la visite des siens et qu' « elle aimait ses enfants tout aussi profondément qu'avant »... Alors que la malade paraissait accepter sans la moindre contrainte l'opération prochaine « dont la perspective ne lui faisait rien », elle raconta qu'elle avait tout calculé pour y échapper.

Après l'opération, la malade se conduit comme une personne normale. Son mari la considère « redevenue comme

elle était autrefois avant sa maladie ». L'examen psychologique montre encore une certaine hypoesthésie affective, mais moins marquée qu'avant l'opération. Les fonctions intellectuelles paraissent par contre entièrement normales et les auteurs attribuent leur intégrité à la faible portion de tissu enlevé, qui d'ailleurs était hypotrophique et ils pensent que des suppléances ont eu vraisemblablement le temps de se constituer.

Brickner, cherchant un dénominateur commun aux différents troubles constatés après lobectomies frontales bilatérales, développe sa théorie de l'association et trouve une diminution des facultés de synthèse. « La fuite des idées » explique pour lui les symptômes frontaux présentés : puérilité, euphorie, indifférence à la situation actuelle, perte de l'initiative, grande distraction, tendance immorale et libido sans entrave. D'autre part, le quotient intellectuel reste bon, mais le malade ne peut augmenter ses connaissances ni formuler de nouveaux jugements; il ne peut faire d'abstractions, ni former de concept; son intelligence apparaît donc comme très défectueuse et ainsi son activité reste infantile, faite d'imitation.

Les lobotomies

Egas Moniz et Almeida Lima introduisent en 1936 les lobolomies dans l'arsenal thérapeutique. Ils entreprirent leurs opérations après les travaux expérimentaux de Jacobsen et Fulton. Les auteurs visaient à interrompre les « éléments cellulo connectifs » et cherchaient d'emblée à préciser la symptomatologie préfrontale suivant les parties détruites.

Cette lobotomie était faite arbitrairement en avant des aires 4, 6 et 8. Les sympômes observés furent à peu près les mêmes, quelle que soit la technique. En dehors de réactions d'ordre général qui ne furent pas constantes, ils n'attribuaient au cortex préfrontal aucun rôle net du point de vue neurologique, sauf vis-à-vis des sphincters pour lesquels un mécanisme supérieur intervient. Les troubles psychiques : apathie,

perte de l'initiative, amimie allant jusqu'au négativisme, sont passagers; et les auteurs insistent sur le fait que la destruction d'un nombre considérable de connexions dans les deux lobes préfrontaux n'est pas accompagnée de graves répercussions du côté de l'intelligence ou de la mémoire.

La littérature sur les lobotomies est extrêmement abondante. Il est difficile actuellement de dégager une formule univoque de ces mutilations cérébrales pour lesquelles de très nombreux procédés sont employés.

Il y a d'abord la lobotomie classique, selon la technique de Freeman et Watts, qui intéresse les fibres fronto-thalamiques. L'école toulousaine la pratique à ciel ouvert, la faisant aussi limitée que possible, c'est-à-dire la moins postérieure possible, pour éviter les altérations psychologiques post-opératoires. Les techniques actuelles évoluent dans ce sens, que ce soient la lobotomie moyenne type Lyerly-Poppen, les lobotomies rostrales ou frontales polaires de Mc Kissok, ou les sections partielles limitées à la zone médiane (lobotomie bimédiane de Bockoven) ou à un quadrant (lobotomie en quadrant de Thorpe et Hardman). Pour l'école toulousaine, ces lobotomies n'entraînant pas d'altération importante de la personnalité - comme le montrent les critères cliniques et les tests - si on fait abstraction de quelques cas où une section trop postérieure fut incriminée, et du syndrome post-opératoire d'allure moriatique dont la durée n'excède habituellement pas quelques semaines.

Par contre, on trouve habituellement des modifications psychologiques dont un aspect positif est la liquidation de l'angoisse, un meilleur contact avec l'extérieur, mais dont l'aspect négatif est une diminution plus ou moins apparente des tendances éthiques : c'est la syntonisation régressive de Barahona Fernandez. Riser, Laboucarie et Barès, la qualifient de cicatrisation à un niveau différent qui est souvent névrotique et pensent que cette méthode thérapeutique a une

réelle valeur puisque les modifications de la personnalité vont souvent dans le sens de la libération chez ces malades incurables; mais l'intégrité de la personnalité doit être suffisante pour que la guérison puisse s'opérer à partir « du reste de l'homme sain » (Barahona Fènrandez).

Rylander étudie en 1948 les changements qui interviennent dans la personnalité à la suite de lobotomies classiques du Docteur Sjogvist. La plupart des pionniers de la psychochirurgie considéraient qu'il n'y avait pas de déficit intellectuel mesurable par tests. Rylander s'oppose à cette opinion et considère qu'il y a des modifications profondes de la personnalité, non seulement dans la sphère émotionnelle, ce qui est le but recherché, mais aussi dans la sphère intellectuelle. Pour faire une étude vraiment scientifique, il refuse les psychotiques et s'adresse aux neurotiques, particulièrement aux obsédés qui coopèrent pleinement aux examens.

Les altérations intellectuelles sont manifestes aux examens cliniques et à l'étude de nombreux tests. Aussi, Rylander recommande-t-il la prudence aux auteurs qui voudraient généraliser la méthode aux psychoses périodiques, à la mélancolie vraie et aux « schizophrénies périodiques ». Il pense qu'une opération plus sélective sera peut-être sans effet sur le niveau intellectuel, mais ne peut encore l'assurer.

La lobotomie transorbitaire proposée par Fiamberti en 1937 fut reprise par Freeman (1950) comme la plus efficace et la moins « mutilante »; malgré la critique majeure qu'on peut lui faire d'être assez aveugle, l'auteur la conserve après modification de sa technique, car elle est déjà une opération sélective puisqu'elle interromprait les radiations thalamiques qui se projettent sur les aires 9 et 10 de Brodmann.

Des opérations très sélectives furent réalisées par Pool, puis surtout par Le Beau.

Le Beau conclut, de l'étude psychologique des malades soumis aux opérations frontales sélectives : que les modifications observées ne dépendent pas seulement d'un facteur

chirurgical quantitatif, mais vraisemblablement de la localisation de fonctions différentes dans diverses parties du lobe frontal.

Le Beau décrit les principales caractéristiques des syndromes mentaux suivant l'ablation de telle ou telle région frontale. Sept syndromes sont ainsi individualisés; deux seuls paraissent actuellement assez nets.

Au syndrome de la convexité dorsale (région de l'aire 9) où trois éléments prédominent : indifférence, excitation et euphorie, s'opposerait le syndrome cingulaire (aires 24 et 32) caractérisé justement par une absence de troubles mentaux importants, le calme et la modération.

Quant au syndrome de la convexité rostrale (région de l'aire 10), il serait une atténuation de celui de la convexité dorsale; la note générale y serait une légère indifférence affective. Le syndrome orbitaire (aires 11, 13, 14) a pour traits principaux l'inertie et l'asthénie pouvant aller jusqu'au négativisme.

Pour parfaire son étude, Le Beau soumet ses malades à une série de tests inspirés par ceux de Mme Petrie, pour interroger l'intelligence, le neuroticisme, l'extraversion-introversion, le psychoticisme. Ces études semblent intéressantes, mais demandent à être poursuivies.

La topectomie bilatérale des aires 9, 10 et parfois 46 ne donna à l'école bordelaise que des résultats très décevants, puisque sur 17 malades, il n'y eut que 4 succès maintenus. Aussi le Docteur H. Pouyanne abandonna cette technique pour les sections sous-corticales.

Les sections sous-corticales furent entreprises à la suite de Scoville, qui en décrit trois variétés : une section sous-corticale de la convexité, une sous-orbitaire et une sous-corticale de la face interne.

Le Docteur H. Pouyanne pratiqua 75 leucotomies en adaptant les directives de Scoville.

Deux sections sélectives furent utilisées seules ou asso-

ciées. La section thalamo-orbitaire ou sous-cortico-orbitaire, où le cortex orbitaire est respecté, semble avoir entraîné une reprise de l'activité utile, une réadaptation, un déblocage avec euphorie, une indifférence au délire sans disparition du thème délirant, une disparition de l'angoisse et de la douleur. La section thalamo-cingulaire ou péricalleuse sous-corticale semble, au contraire, avoir entraîné une diminution plus ou moins marquée de l'agressivité, de l'agitation, de certains troubles caractériels. Les auteurs bordelais schématisent l'action de ces interventions en disant que la thalamo-orbitaire est stimulante et que la péricalleuse est modératrice.

Dans l'ensemble, les opérations pratiquées sur des malades asilaires, demeurés incurables par les autres thérapeutiques, ne donnèrent pas d'affaiblissement intellectuel autant que l'on puisse en juger chez ces malades psychotiques. Un certain nombre d'opérés très différenciés purent même reprendre une activité professionnelle normale (ingénieur, expert-comptable, institutrice). Cependant, la section double s'est accompagnée quelquefois d'une diminution globale des fonctions psycho-affectives de la personnalité, cette diminution permettant toutefois quelque activité utile au sein d'une collectivité fermée, ce qui était impossible avant l'opération.

Certains auteurs ont cherché à compléter les études psychologiques par une étude objective de l'activité cérébrale. L'électroencéphalographie ou l'électrocorticogramme au moment de l'intervention furent ainsi utilisés.

Cohn fait l'étude de l'injure localisée du cerveau, à partir de l'étude électroencéphalographique des lobotomies préfrontales. Il trouve comme première réponse de certains cerveaux humains lobotomisés, un foyer d'ondes lentes; mais l'E.E.G. a pu redevenir, dans certains cas, normal au bout de un à trois mois.

Dans un groupe important de sujets, après une rapide guérison, on peut voir survenir de grosses variations de potentiel dans la région siège de la lobotomie; ces anomalies peuvent se généraliser. Les ondes lentes sont plus nettes après hyperventilation, bien qu'il n'y eut aucune crise convulsive clinique chez les 30 malades qui ont servi à cette étude.

J. Faure étudie aussi les modifications de l'activité électrique du cerveau après leucotomie sur les malades opérés par le Docteur H. Pouyanne et cherche les corrélations entre cette activité et les modifications du comportement du sujet lobotomisé.

La modification générale commune bio-électrique est caractérisée par la « disparition des moments de blocage et de réduction de l'activité électrique cérébrale », qui existaient avant la section, par la disparition de la stabilité anormale et « rigide » du rythme alpha, lorsqu'elle existait avant la section, et l'impossibilité d'influencer désormais l'activité électrique par les stimulations émotionnelles, qui la troublaient avant l'opération. J. Faure note encore que les rythmes bio-électriques sont devenus plus variés et qu'il y a en particulier un enrichissement net en composantes bêta et thêta pour les deux activités corticale et basale. Mais, ce qui lui semble capital, c'est que la leucotomie n'entraînerait pas forcément des modifications bio-électriques cérébrales à sens unique, le nouvel état bio-électrique dépendant avant tout de l'état bio-électrique antérieur.

Néanmoins, chaque section paraît entraîner un état bio-électrique spécifique, corollaire de l'état clinique nouveau; c'est au niveau du lobe temporal que les modifications sont les plus nettes. Ces études permirent encore de montrer que le cortex préfrontal, isolé de la base du cerveau, est capable d'activité autonome, et que les structures qui sont responsables de la vigilance cérébrale sont distinctes de celles responsables de l'anxiété.

Les travaux électroencéphalographiques se multiplient et

des essais de synthèse sont déjà tentés. J. Garcia Badaracco fit ainsi, en 1953, une revue qui faisait le point des relations entre les tracés électrographiques et le psychisme. C'est un domaine plein de promesses, mais qui se heurte à des difficultés de terminologie, et là aussi, la synthèse des éléments analysés apparaît très problématique : la distinction entre normal et anormal étant très difficile.

Alors que les lobectomies sont admises par tous les médecins comme la meilleure thérapeutique actuelle des tumeurs cérébrales, les lobotomies ont été l'objet de très nombreuses critiques; des raisons religieuses, sociales ou doctrinaires sont intervenues pour les rejeter. Leur valeur thérapeutique a aussi été très débattue. En U.R.S.S., par exemple, la lobotomie a été interdite depuis 1950, comme « incompatible avec les principes physiologiques à la base de la doctrine de Pavlov ». En France, si elle est encore utilisée, elle semble de plus en plus abandonnée, surtout depuis l'apparition de nouvelles substances thérapeutiques. Les « Neuroleptiques » donnent souvent une symptomatologie qui a rappelé celle rencontrée dans les lobotomies; on a parlé à leur propos de « lobotomie psychique ». Les études se poursuivent pour déterminer leur mode d'action. Elles permettront peut-être de mieux comprendre la psychophysiologie et ainsi d'employer des thérapeutiques moins mutilantes et plus physiologiques.

ÉTUDE ANALYTIQUE CLASSIQUE LE "SYNDROME MENTAL FRONTAL"

Deux catégories se retrouvent assez distinctement : ce sont les troubles de l'humeur et du caractère et les troubles intellectuels. A l'une de ces deux catégories, suivant les auteurs, sont ajoutés les troubles de l'activité. Suivant leur forme prépondérante, ils pourront, en effet, s'intégrer dans les troubles de la personnalité ou dans les troubles de l'activité supérieure. Aussi, les dénominations en sont-elles très variables certains y voient des troubles de la volonté, d'autres des troubles de la conscience, d'autres enfin, des troubles dépendant de l'affectivité.

Il nous semble nécessaire d'adopter une telle classification pour aborder le problème des troubles mentaux, bien que nous sachions que notre classification reste arbitraire et qu'il existe des conceptions modernes qui considèrent la personnalité de façon globale (psychanalitiques, phénoménologiques, etc...).

Aussi, étudierons-nous successivement :

— Les troubles de l'humeur et du caractère.
— Les troubles intellectuels.
— Les troubles du niveau de la conscience.
— Les troubles de l'activité ou troubles moteurs complexes.
— Les troubles instinctifs et neurovégétatifs.
— Le syndrome calleux.
— Les troubles psychotiques et névrotiques.
— Les troubles paroxystiques.

LES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU CARACTÈRE

Les phénomènes d'excitation sont connus depuis longtemps. L'exaltation du tonus affectif se fait dans le sens de l'agréable et donne un état d'euphorie, d'optimisme. Le malade devient insouciant, se désintéresse de tout : passé, présent et avenir; il ne s'occupe pas de son état de maladie (anosognosie). Sur cette note euphorique et de gaieté, peuvent se surajouter des réflexions et des jugements puérils (ce qui montre la déchéance mentale et la difficulté de séparer les différents éléments de la personnalité). D'autres fois, le malade présente une préciosité du langage, accroche le médecin ou l'entourage par des plaisanteries et des jeux de mots. L'activité motrice peut, aussi, être exagérée et, associée au tableau précédent, réalise alors un véritable état hypomaniaque, que Jastrovitz a appelé « Moria ». Toutes les activités instinctives peuvent être augmentées et on signale souvent l'exaltation génésique, et aussi, la boulimie. Des perturbations du sens moral sont quelquefois signalées, en particulier, de la morale sociale : la kleptomanie (Moniz).

Il est à signaler que ces élévations du tonus affectif sont souvent paroxystiques de type impulsif.

Ces manifestations impulsives peuvent se traduire sur le plan caractériel sous la forme d'une irritabilité plus ou moins permanente qui peut rendre le malade insociable.

Pour d'autres cas, au contraire, on trouve une baisse de l'affectivité qui va se traduire par un état d'apathie, d'asthénie. Ces états abouliques s'accompagnent d'une pauvreté de l'expression mimique allant jusqu'à l'amimie parkinsonienne; cette amimie peut être unilatérale.

Les états dépressifs de type mélancolique peuvent s'observer chez ces malades akinétiques, mais le véritable syndrome mélancolique anxieux n'y est pratiquement jamais rencontré; les états mélancoliques stuporeux se rencontrent par contre quelquefois, mais ils évoquent alors une baisse des processus intellectuels que nous allons maintenant analyser.

LES TROUBLES INTELLECTUELS

Ils consistent essentiellement en troubles de l'attention et en troubles de la mémoire.

Les troubles de la mémoire paraissent souvent au premier plan de l'interrogatoire du malade. Le déficit porte surtout sur les faits récents, mais quelquefois aussi sur les faits anciens.

Les troubles de l'attention paraissent être encore plus nets. Ils consistent dans la méconnaissance des événements extérieurs. C'est ainsi qu'il faut multiplier les questions ou les ordres avant d'avoir une réponse. Les tests d'attention - comme celui de barrer une lettre comme un t, dans un texte - sont pratiquement impossibles à faire réaliser. Les oublis vont être de plus en plus fréquents si l'épreuve peut être poursuivie un tant soit peu. Le phénomène est très net lorsqu'on examine le fond d'œil du malade avec l'ophtalmoscope de Busch, qui nécessite la fixation d'une mire rouge; le sujet déclare fort bien la voir, met bien son œil en position correcte, mais la fixation de la mire rouge ne dure que quelques secondes à peine, l'œil se portant le plus souvent en dehors. Malgré des invigorations répétées, le phénomène se reproduit chaque fois, véritable jeu de cache-cache entre l'observateur et l'observé : dans bien des cas, la papille est impossible à voir avec l'appareil de Busch. Ce « signe de l'ophtalmoscope », décrit en 1947 par M. le Professeur Delmas-Marsalet, ne dépend ni d'un trouble des mouvements de latéralité des yeux, ni d'une difficulté de convergence, mais du simple trouble de l'attention. Il doit être séparé de l'hémianopsie, d'autant qu'une « pseudo-hémianopsie » existe dans les lésions de l'aire 8.

Ce déficit de l'attention spontanée jouerait, pour beaucoup d'auteurs, un rôle prépondérant dans l'apparition des troubles mnésiques.

A ces deux signes, il convient d'ajouter la fatigabilité intellectuelle.

Ce trouble, sur lequel insiste M. le Professeur Delmas-Marsalet, apparaît nettement au cours de l'interrogatoire et de tout processus qui requiert l'attention ou le jugement du sujet. Il est souvent objectivé par l'apparition de bâillements répétés qui sont comparables à ceux d'un sujet normal après un travail intellectuel intense; ils sont indépendants de toute propension au sommeil. Le « signe du bâillement », décrit en 1937, par M. le Professeur Delmas-Marsalet, montrerait, si on voulait y voir une finalité, le désintérêt que le sujet éprouve.

Les troubles de la mémoire et de l'attention peuvent rentrer dans un cadre plus général des troubles dits de la conscience, que nous étudierons maintenant.

LES TROUBLES DU NIVEAU DE LA CONSCIENCE

Le terme de conscience est employé dans des sens très différents suivant les auteurs. Nous envisagerons ici les troubles de la conscience au sens où l'emploie le Professeur Delay, c'est-à-dire des troubles de la « fonction vigile ».

La désorientation est toujours accompagnée de troubles de la mémoire.

Alors que la désorientation dans le temps à l'état isolé est rare, la désorientation dans l'espace paraît beaucoup plus fréquente; elle fut étudiée par Pierre Marie et Behague, puis par Bouttier et Van Bogaert. Cl. Vincent la décrit ainsi : « Les malades se trompent dans les mouvements de leur corps pour s'orienter, ils se servent de signaux indicateurs, d'artifices renouvelés de l'histoire du « Petit Poucet » (Pierre Marie), mais conservent cependant la faculté de se déplacer par rapport aux objets sans les heurter et peuvent même franchir des obstacles. Ils peuvent déterminer la position des objets, la direction des sons; les fonctions élémentaires de l'orientation peuvent être conservées ». Cette désorientation dans l'espace est maxima dans l'obscurité.

La désorientation peut devenir totale et alors nous avons le tableau de la confusion mentale, qui peut prendre dans certains cas, l'aspect d'un véritable syndrome de Korsakoff.

La perte de l'autocritique - ou affaiblissement du jugement - ne se voit guère isolée. A son stade ultime, elle réalise des états démentiels qui rappellent la paralysie générale, la maladie de Pick ou la maladie d'Alzheimer.

La volonté, qui est touchée dans les troubles de l'intelligence et de la conscience, peut objectiver sa perturbation sous forme de troubles de l'activité.

LES TROUBLES DE L'ACTIVITE OU TROUBLES MOTEURS COMPLEXES

Les troubles de l'activité ont été reconnus par tous les auteurs. On parle à leur propos de bradykinésie, qui est souvent rattachée au trouble intellectuel appelé « bradypsychie ».

Mais à côté de ces troubles idéatoires, le lobe frontal s'est vu attribuer sur le plan purement neurologique des troubles de la statique, de l'équilibre et des praxies, qui furent l'objet de très nombreuses études, hors de notre sujet. Cependant, la notion de « schizobasie », créée par Munch-Petersen en 1936 et étudiée par Le Henand, sur les conseils du Professeur Delmas-Marsalet, semble intéressante à reprendre.

La marche, pour se développer, nécessite un complexe fonctionnel (squelette, articulation, musculature, régulation centrale de fixation, tonus, équilibre et coordination) qui définit la station debout. Dans le passage de la position de repos à la position droite et à la marche, il faut que se manifestent une « intention de mouvement » et une coordination des différents tonus suivant un plan d'intégration. La « schizobasie » serait justement le trouble de l'équilibre ou de la marche, qui traduit un défaut du plan d'intégration, en l'absence de symptômes élémentaires touchant à l'équilibre ou à la coordination des mouvements. Le trouble, décrit primitivement sous le

nom d' « astasie-abasie », fut considéré longtemps comme fonctionnel et rattaché au pithiatisme; actuellement, son origine organique est prouvée. Si l'astasie-abasie de type paralytique de Charcot se voit chez les pseudo-bulbaires, dans des affections du cervelet, on est en droit de l'admettre comme provenant d'un déficit du lobe frontal, dont le rôle dans la régulation de l'équilibre et des troubles posturaux est bien établi.

« Or, si le cerveau frontal représente une fonction psychique supérieure et si l'on pose l'hypothèse d'une corrélation plus intime de régions anatomiquement connexes voisines, on admettra immédiatement aussi une corrélation, d'une part entre des phénomènes de représentation et de conscience et, d'autre part, de fonctions purement physiologiques, comme par exemple, la régularisation du tonus. L'activité frontale s'exerce sur une certaine catégorie de mouvements les plus complexes et les mieux adaptés et préside à l'attitude adversive et attentionnelle : que celle-ci vienne à disparaître, les sentiments qui sous-tendent et renforcent toute notre activité actuelle, quelle qu'en soit la forme, n'exercent plus leur action : il en résulte un déséquilibre. »

Cette dissociation fonctionnelle réalise des états schizobasique, schizostatique, schizocinétique, qui sont étudiés au point de vue neurologique et représentent des phénomènes comme la rétrolatéropulsion, les déviations de la marche, le tremblement, l'hypotonie, la déviation des index et les anomalies de certaines épreuves labyrinthiques. Ils ont été abondamment décrits sous divers noms : apraxie, ataxie. Cependant, à côté de ces troubles praxiques hautement différenciés, de ces troubles de la marche, des mouvements adversifs (tels que la déviation conjuguée de la tête et des yeux, la déviation de la nuque et du tronc), nous devons faire une exception pour les troubles du langage. Ces troubles sont très complexes. Nous savons que, à gauche, chez les droitiers, un centre du langage est décrit dont la lésion produit l'aphasie motrice de

Broca (pied de F3). Au pied de F2, serait un centre dont la lésion entraînerait l'agraphie. Il est toujours difficile d'étiqueter un aphasique; cette difficulté est accrue dans les tumeurs frontales, comme nous avons pu le constater par l'étude de la littérature et de nos observations.

Chez nos malades, nous trouvons souvent une variabilité dans les symptômes qui peuvent n'apparaître que comme des phénomènes épisodiques, et être la seule manifestation d'une crise comitiale ou l'accompagner. Ces troubles du langage portent quelquefois uniquement sur l'articulation, tandis que la compréhension, la lecture et l'écriture sont intactes. Parfois, le malade ne peut trouver le mot ou même articuler, ce qui entraîne des réactions de l'entourage et du malade lui-même, et il est bien difficile de savoir s'il y a trouble mental ou non, s'il est secondaire ou primitif. D'autres fois, le malade se présente comme un ralenti; s'il parle, il le fait avec difficulté, bégaie, hésite, parle lentement; il présente quelquefois une parole scandée, plus ou moins explosive. Nous concevons alors, que s'il ne parle pas du tout, il soit difficile de trancher entre le mutisme et l'aphasie.

A côté de ces syndromes déficitaires du langage, nous trouvons aussi des épisodes où le malade s'exprime d'une façon incohérente qu'il est difficile de situer entre un épisode délirant, un syndrome confusionnel passager, avec ou sans rapport avec une crise comitiale, un épisode dysarthrique ou anarthrique simple. Nous avons vu que certains tableaux pseudomaniaques étaient caractérisés par la logorrhée. Nous signalerons pour terminer que l'on a décrit de même des agraphies et des phénomènes d'alexie, surtout nominale.

Parmi les autres troubles de l'activité, nous devons ajouter les actes stéréotypés. Ils furent signalés surtout après les lésions opératoires et dans tous les travaux expérimentaux. C'est ainsi, que nous aurions déjà pu les décrire avec les troubles du langage où nous trouvons souvent une persévération verbale, une intoxication par le mot. Alors que les actes auto-

matiques de la vie quotidienne peuvent être conservés, nous trouvons chez nos malades une persévération anormale, avec un oubli de l'arrêt de l'acte entrepris. Parmi les stéréotypies décrites, le mouvement de grattage du nez, sur lequel insistait déjà WARTEMBERG, nous a semblé fréquent; l'hypertension intracranienne n'est pas nécessaire à sa production et il est indépendant du mouvement automatique que de nombreux malades céphalalgiques font en portant leur main sur le front.

LES TROUBLES INSTINCTUELS ET NEURO-VEGETATIFS

Ils sont variables et les états opposés se retrouvent, tels l'insomnie et la somnolence, la boulimie et l'anorexie. Ces éléments instinctuels peuvent difficilement être séparés des troubles de l'humeur où nous les avions déjà signalés; par ailleurs, les perturbations de l'élément intellectuel et de la conscience interviennent aussi dans leur production.

Ils furent décrits dès les premiers travaux expérimentaux et en clinique chez nos malades tumoraux ou les opérés. Ils comprennent tous les troubles de la régularisation cardiovasculaire et respiratoire. De nombreux troubles complexes pupillaires, salivaires, sudoraux, thermiques, pilomoteurs sont décrits. Les auteurs insistent sur les perturbations gastro-intestinales avec possibilité de diarrhée, d'hémorragie, de trouble du tonus des muqueuses digestives.

Les troubles sphinctériens paraissent très fréquents; ils peuvent rester localisés à un seul sphincter, le plus souvent vésical, mais on peut trouver un véritable gâtisme; la sphère intellectuelle intervient dans leur production, car il n'y a pas de trouble local.

LE SYNDROME CALLEUX

A côté du syndrome frontal, de nombreux auteurs ont différencié un syndrome calleux où les troubles psychiques seraient eux aussi prépondérants.

Bristowe, en 1884, entrevoit l'ensemble des signes et parle de « stupidité sans troubles aphasiques ». En 1900, Zingerle insiste sur la « stupeur » et la « démence » progressive, associées au tableau de l' « ataxie calleuse » déjà entrevue par Bruns, en 1886.

Raymond (1902) (seul, puis avec Lejonne et Lhermitte), individualise le syndrome qui porte son nom, où il trouve « un manque de liaison dans les idées, une bizarrerie et des actes irraisonnés et excentriques avec perte de la mémoire ». L'évocation des souvenirs caractérise ce syndrome où se retrouve, comme dans la P.G., un déficit spécial dans la formation des conceptions.

L'apraxie motrice, ajoutée par Lipmann à ce syndrome, expliquerait pour Levy Valensi, les anomalies du comportement mental, les troubles démentiels décrits étant considérés par lui comme peu spécifiques.

Alpers, en 1936, critique les opinions précédentes, car il trouve que le syndrome décrit est « ambigu »; il différencie les troubles mentaux frontaux de ceux calleux, où il trouve une « incapacité à concentrer et à maintenir l'attention. Lenteur de la pensée, de la compréhension et de l'exécution des ordres » qu'on peut certes trouver dans certaines lésions frontales étendues; mais un seul symptôme est constant et spécifique, c'est « l'imperviousness », c'est-à-dire l' « inaccessibilité » (Barre). Cette inaccessibilité se rencontre vis-à-vis de toute stimulation sensorielle; il y aurait pour Alpers, une augmentation du seuil de l'impression sensorielle. Weilman-Jones reprend l'expression du Professeur Clovis Vincent : « On n'arrive pas à entrer en communication avec le malade. » On constate une « phase de latence », il faut un « effet additif » pour avoir une « réponse qui est d'une lucidité parfaite ».

De Ajuriaguerra et Hecaen insistent, au point de vue mental, sur les troubles marqués de l'attention, tant volontaire que spontanée, ainsi que sur la grande fatigabilité.

Ainsi donc, si on reprend la séméiologie complète d'après Guillain, on y trouve : amnésie, bizarrerie des actes et des manières, indifférence émotionnelle, désorientation, confusion mentale, torpeur, apathie, difficulté à fixer l'attention, fatigue rapide de celle-ci, lenteur des réponses avec inacessibilité.

Nous voyons qu'aucun de ces tableaux ne semble caractéristique des lésions calleuses; c'est la position qu'adoptent plus ou moins implicitement de nombreux auteurs, qui considèrent qu'il y a un syndrome fronto-calleux qu'on ne peut dissocier; c'est ce que font Angelergue, de Ajuriaguerra et Hecaen, dans leur article très récent.

A côté de ces troubles mentaux, il existe des troubles de voisinage que l'on fait rentrer dans le syndrome neurologique que nous n'aborderons pas. Cependant, comme pour le syndrome frontal, dont nous avons décrit analytiquement les différents symptômes, il nous faut aborder un problème ardu et mal résolu, nous voulons reparler de l'apraxie. L'apraxie pure n'existerait pratiquement jamais, car il y aurait, toujours associés, des troubles, soit de la motilité, soit de la sensibilité, soit du psychisme. C'est en raison de l'existence de ces troubles mentaux dans ces cas d'apraxie, que nous avons envisagé la question. Celle-ci est importante, car de nombreux auteurs, à tort d'ailleurs, comme y insistent Clovis Vincent et ses élèves, pensent que la présence d'apraxie signifie lésion du corps calleux et que son absence signifie intégrité.

De nombreuses variétés d'apraxies motrices sont décrites. Rappelons l'apraxie idéatoire qui relève le plus habituellement d'une lésion temporo-pli courbe gauche et que l'on caractérise comme une « agnosie d'utilisation » (Morlaas), frappant les deux côtés du corps, associée à une aphasie de Wernicke. L'apraxie par lésion pariéto-pli courbe gauche revêt le type idéo-moteur; habituellement associée à une légère aphasie de Wernicke, elle est bilatérale au début, mais elle disparaît le plus souvent (du fait d'un développement

eupraxique du centre homologue droit). Tout autre est l'apraxie idéomotrice ou motrice par lésion du corps calleux : il s'agit d'une apraxie unilatérale gauche. Tout se passe comme si le corps calleux permettait l'harmonie gestuelle droite et gauche en soumettant le centre droit à la direction du centre gauche. La section physiologique du corps calleux, qui permet la réalisation de cette apraxie, relève habituellement d'une thrombose de l'artère cérébrale antérieure droite ou gauche. Quelle que soit l'artère cérébrale antérieure atteinte, l'apraxie est la même avec surtout trouble moteur.

La section d'avant en arrière du corps calleux réalisée par Dandy chez l'homme ne donne « aucun résultat extraordinaire ».

Les cas d'agénésie du corps calleux, qui sont très rares, n'ont guère contribué à simplifier le problème; l'ataxie n'y est pas rencontrée; cette malformation qui a été retrouvée chez des sujets psychiquement normaux, s'accompagne le plus souvent d'un état intellectuel qui va de la simple faiblesse d'esprit à l'idiotie complète.

LES TROUBLES PSYCHOTIQUES ET NEVROTIQUES

Nous n'avons pour ainsi dire jamais rencontré de tableau net de psychose ou de névrose, en tant qu'entité morbide.

Les idées délirantes sont certes rencontrées dans quelques observations, mais on ne trouve jamais, par exemple, un délire de persécution structuré tel qu'on le rencontre chez les paranoïaques. Les syndromes dépressifs assez fréquents ne s'accompagnent pas de l'idée d'auto-accusation, d'indignité. Nous n'avons retrouvé des idées de persécution, d'ailleurs atypiques, que sous forme de projection de l'angoisse chez une déprimée (Obs. n. 15).

Les manifestations hystériques sont classiques. Pour notre part, nous ne les avons pas observées sous leur forme majeure telle qu'elle fut décrite du temps de Charcot; cependant, des manifestations mineures pourraient s'y attacher,

bien que rarement mis au premier plan du tableau clinique. Nous avons décrit à propos des troubles paroxystiques des manifestations comitiales, pour lesquelles le pithiatisme fut invoqué. Cependant, lorsque l'examen neurologique n'est pas entièrement négatif, les résultats sont souvent si dissociés, si variables dans le temps, sans phénomène objectif, que le doute persiste sur leur nature, bien que l'on connaisse des hémiplégies corticales sans signe de Babinski. Les troubles de la sensibilité sont quelquefois curieux et ne cadrent pas avec une localisation neurologique et, là aussi, l'hypothèse de troubles surajoutés est invoquée.

Le nombre de faits inexpliqués qui furent mis sur le compte de l'hystérie diminue de plus en plus; nous avons déjà rappelé, lors de l'étude des troubles de l'activité, que les faits de schizobasie, d'astasie-abasie, furent longtemps mis sur leur compte.

Cependant, si nous gardons cet angle de vue, nous pensons que les troubles névrotiques de type hystéroïde sont fréquents, mais que leur importance est difficilement chiffrable sur le plan statistique. Nous y avons renoncé.

LES TROUBLES PAROXYSTIQUES

Nous avons déjà signalé plusieurs fois la variabilité des manifestations de nos malades; et celles-ci nous ont souvent semblé liées à comitialité sous forme d'équivalents épileptique, liées à des épisodes confusionnels passagers avec désorientation, ou liées encore à des phénomènes transitoires délirants ou xénopathiques.

Parmi les troubles paroxystiques, il faut faire une place à part aux phénomènes hallucinatoires qui furent souvent signalés et sur lesquels a insisté Messimy. Toutes les hallucinations, visuelles, olfactives, auditives, gustatives, furent décrites, isolées ou associées, avec ou sans troubles de la conscience. Nous ne les avons pratiquement jamais rencontrées.

OBSERVATIONS

De même qu'il nous a été difficile d'analyser de façon vraiment systématique la symptomatologie frontale, de même nous trouvons les plus grandes difficultés à une analyse objective des observations. Quelques contradictions se retrouvent dans la description des troubles.

Nous n'avons pas cru devoir, systématiquement, rejeter de telles observations, car la séméiologie de nos malades est souvent variable d'un jour à l'autre, et même ou surtout dans la même journée, que ce soit sur le plan neurologique (indépendant d'un examen réalisé dans de mauvaises conditions du fait de l'état du malade) ou surtout sur le plan mental. Ceci est bien connu en psychiatrie. Nous le retrouvons chez nos malades frontaux; pour mieux exprimer notre pensée, nous en donnerons des exemples. Tel malade qui répond bien aux questions montrera une « façade » pratiquement normale, mais peu de temps après sera retrouvé désorienté dans sa chambre, s'exprimera dans un langage onirique et serait catalogué comme délirant. De même, tel autre malade, considéré comme paraplégique, ataxique, ne pouvant tenir debout, abandonné dans son lit sans surveillance, est retrouvé chez des voisins. A l'opposé, d'autres malades sont considérés comme psychopathes et paraissent à posteriori comme ayant eu un psychisme normal. Un céphalalgique court les médecins et reste pour tous un hypochondriaque. Tel autre présente des paroxysmes douloureux à symptomatologie viscérale, pour lesquels les différents examens locaux demeurent négatifs; l'étiquette psychique est encore employée pour eux qui sont en réalité des comitiaux ignorés, dont la preuve apparaît par la suite, soit à l'E.E.G., soit cliniquement. Nous retrouverons

le problème de l'épilepsie dans notre chapitre consacré aux associations pathologiques.

Nous avons préféré faire un court résumé de chacune de nos observations (mais cela nous oblige à de nombreuses répétitions) plutôt que de citer in extenso les observations qui nous paraissent les plus démonstratives ou les plus riches au point de vue psychiatrique. En outre, faisant de la sorte, nous n'aurions pas tenté d'expliquer pourquoi certaines tumeurs ne s'accompagnent pas de troubles neuro-psychiatriques; c'est pourquoi nous avons cru bon de ne pas rejeter les observations dans lesquelles il n'est pas fait mention de troubles mentaux; ces difficultés ont d'ailleurs été rencontrées par tous les auteurs ayant étudié les tumeurs frontales.

NOTES. — Quelques abréviations utilisées :

Troubles neurologiques : tr. neurol.	*Psychiques : psych.*
Ophtalmologique : ophtalm.	*Acuité visuelle : A.V.*
Champ visuel : C.V.	*Fond d'œil : F.O.*
Stase papillaire : S.P.	*Artériographie : A°.*
Ventriculographie : V°.	*Albumine : Alb.*
Dure mère : D.M.	*Plus grand que : >*
Œil gauche : O.G.	*Œil droit : O.D.*

Méningiomes

Obs. 1 - F. Bor.. - F. 34 ans - (4915) - Méningiome de la convexité frontale droite.

Céphalées intermittentes dans l'adolescence, aggravation de fréquence et d'intensité depuis 4 ans avec localisations électives des douleurs à la région fronto-temporale D., nausées depuis 2 mois.

A.P. : Sinusite purulente D. opérée en 1945. Asthme.

Ex. 14-2-49 : Pas d'indication de tr. psych. Ex. neurol. negatif; baisse de la tension de l'artère centrale de la rétine.

Radio : ostéome frontal D.

Vo : Discret abaissement et refoulement corne frontale D.

Interv. : Extirpation facile méningiome convexité. Guérison.

Obs. 2 - D. Dan... - F. 41 ans - (52192) - Méningiome kystique frontal droit.

Traitée pour sinusite depuis 3 ans. Céphalées plus importantes depuis 6 mois, sans autre symptomatologie; vient d'Afrique du Nord en voiture, s'alite à Séville pour cephalées, vomissements - Episode comateux à Madrid dont elle sort progressivement.

Ex. 21-8-52 : Céphalées, obnubilation, baillements, Barré D. Réflexes vifs et égaux - S.P. bilatérale.

Ao : Tumeur frontale D. paramédiane, entraînant un gros déplacement, probablement kystique.

Interv. : Malade sub-comateuse; ablation tumeur volume d'une prune avec énorme kyste dans lequel le ventricule fait saillie. Enucléation complétée par lobectomie large.

Ana. path. : Méningiome fibro-blastique à tendance angioblastique par place.

Obs. 3 - E. Gue... - F. 46 ans - (55242) - Méningiome frontal droit.

Il y a 2 ans, crise comitiale unique - Depuis 1 an, céphalées paroxystiques accompagnées de vomissements et tr. de l'équilibre -

Depuis 3 mois, éclipse visuelle D. anomalies ophtalmologiques
E.E.G. : Foyer lésionnel frontal D.
A.P. : Eclampsie au premier accouchement, dystocique, en 1931. Deuxième accouchement normal, régime strict - un fils albuminurique.
Ex. 24-5-55 : Bon état général, parfaitement consciente, aucune anomalie neurol. F.O. : S.P. bilatérale.
Aº : Méningiome préfrontal D. volume mandarine.
Interv. : Méningiome convexité à 3 cm. au-dessus rebord orbitaire D., insertion taille pièce 5 frs, hyper-vascularisation osseuse, la D.M. saigne en pomme d'arrosoir.
Ana. path : Méningiome méningothélial avec petites plages alvéolaires.
Suites : Guérison totale.

Obs. 4 - I. Can... - M. 39 ans - (55134) - Méningiome pré-rolandique droit.

Découverte forfuite S.P. bilatérale après accident du travail (projection corps étranger). - Sans suites.
A.P. : Céphalées sus-orbitaires D. sans vomissements. Le malade continue son travail de manœuvre. Quelques crises comitiales pour lesquelles le malade n'a pas consulté. (Tremblements surtout D ?)
Ex. 10-11-55 : Indifférence, bradypsychie - Ex. Neurol. absolument négatif - sauf baisse A.V.D. - S.P. bilatérale.
Aº : Gros méningiome frontal D.
Interv. : D.M. hémorragique, énucléation totale de la tumeur, assez bas située, se prolongeant vers la profondeur en direction de la vallée sylvienne par un kyste volumineux qui contient liquide jaune à paillettes de cholestérol. Regonflage du cerveau par voie lombaire.
Ana. path. : Méningiome méningothélial avec disposition en tourbillon et présence de calco-sphérite.
Suites : Neuro-chirurgicales bonnes - A.V. : O.D. : < 1/20 - O.G. : 10/10 - F.O. : normal - Gros état dépressif.

Obs. 5 - M. Sud... - F. 54 ans - (53306) - Méningiome frontal droit.

Chute de vélo 1 an avant. Peu après, décès de sa mère. Episode dépressif avec baisse de l'activité, profonde lassitude, se sent « molle », ne peut même pas se tenir assise; la fille signale des épisodes où la malade aurait présenté des idées incohérentes : mettre du bois dans le feu alors qu'il n'y a rien dans la cheminée - Désorientation temporelle - Disparait en pleine conversation - Pleurer spasmodique.

Ex. 13-8-54 : Syndrome bradykinétique et bradypsychique à type de dépression sans gros affaiblissement intellectuel ni de désorientation au moment de l'examen. Hyperesthésie affective avec pleurer spasmodique. Hémiparésie G. avec Babinski bilatéral. Rapidement le malade s'enfonce : attention labile, pleurer spasmodique, reste au lit, gâte (reste cependant orientée); F.O. : Début de stase. *Aº :* Masse fronto-rolandique presque para-sagittale, vascularisation type méningiome.

Interv. : Ablation volumineux (120 gr.) méningiome dur fronto-pré-rolandique D., se développant en bouton de chemise sous le cortex de la région para-sagittale.

Suites : Récupération complète tr. moteurs; garde quelques crises de larmes, psychisme normal à l'interrogatoire — Un mois et demi après, état clinique parfait, présente petite teinte d'excitation hypomaniaque.

Obs. 6 - V. Cel... - M. 53 ans - (54236) - Méningiome frontal G.

Accident du travail févr. 52 - (fracture du bassin, plaies contuses de la face, état commotionnel). Reprise du travail mai 53 - Sans I.P.P.

En sept. 53 : présente depuis plusieurs mois des troubles du caractère, de la mémoire. Son patron a dû diminuer son salaire. Paraît en bonne santé physique, parle peu (ne se rend pas bien compte lui-même, il est « comme un enfant », se met en colère pour des riens, alors qu'il était autrefois patient. Erreurs professionnelles. Aucun affaiblissement intellectuel proprement dit -

Approbativité un peu anormale, qui se traduit volontiers par un sourire lointain et bienveillant; sa femme dit « qu'il n'est pas sur terre ». Ex. Neurol. négatif.

Ex. 8-6-54 : Enorme ralentissement psychique. Air souriant, approuve toujours. Indifférence amusée de son état. Reste assis, apathique auprès de son lit. Interrogatoire difficile, pas de désorientation temporo-spatiale. Céphalées occipitales — Ex. Neurol. et ophtalm. entièrement négatifs.

E.E.G. : Pratiquement normal.

Encéphal. gazeuse : Montre aspect pathologique et hyper-albuminorachie du L.C.R. à plus de 2 gr.

Aº : Méningiome convexité G. frontal moyen.

Interv. : Enucléation facile méningiome 70 gr.

Ana. path. : Méningiome méningothélial avec nombreuses cavités kystiques.

Suites : Simples, tr. mentaux en régression - 3 mois après, état psychique paraît entièrement normal à l'examen. (Est venu seul à la consultation.)

Obs. 7 - Mme Del... - F. 44 ans - (4540) - Méningiome frontal G.

Crises comitiales il y a deux ans et demi. Nouvelle crise huit mois après - Perte mémoire, confusion onirique nocturne. Fabulation mise sous le compte de l'éthylisme - Depuis un mois, perd ses urines, mictions en public.

A.P. : Ethylisme assez prononcé.

Ex. 10-9-45 : Malade très présente, un peu bavarde, avec un grain de sel, réflexions judicieuses, parfois plaisantes; derrière cette apparence, appauvrissement considérable de la mémoire et surtout des facultés critiques. Légère euphorie et tendance à de très rapides associations d'idées (type moria). Amaigrissement 16 kilos - S.P. bilatéral. Réflexes vifs des deux côtés.

Vº : Tumeur frontale G. allant jusqu'au ventricule.

Interv. : Ablation tumeur de la pointe du lobe frontal allant jusqu'à la corne ventriculaire - volume d'une orange.

Ana. path. : Méningiome méningothélial type I de Cushing.
Suites : Persistance troubles psychiques et gâtisme.

Obs. 8 - M. Sar... - F. 60 ans - (50142) - Méningiome frontal G.

Crises comitiales type B.J. depuis 1947 avec apparition d'une déficience intellectuelle, une certaine difficulté d'élocution, baisse de la mémoire. Ex. juin 1949 - Pas de lésion organique évidente — Deux épisodes hémiparétiques régressifs - découverte d'un syndrome de Foster-Kennedy (atrophie D. - papille G. en voie d'atrophie).

Ex 21-8-50 : Somnolence, bâillements, répète les questions simples, incapable de donner aucun renseignement, gâtisme - Hémiplégie droit.

Aº : (Malade dans le coma.) Grosse tumeur frontale G. très vascularisée. Méningiome convexité probable.

Interv. : Enucléation gros méningiome allant jusqu'à la ligne médiane, intervention assez hémorragique.

Ana. path. : Méningiome méningothélial.

Suites : Amélioration passagère; coma, mort.

Obs. 9 - J. Coq... - F. 54 ans - (4754) - Méningiome frontal gauche.

Depuis trois mois, céphalées intermittentes, difficultés d'élocution avec les personnes étrangères à l'entourage, amnésie, tr. visuels.

A.P. : Gros traumatisme cranien à 40 ans - Tempérament migraineux.

Ex. 31-7-47 : Présente une paraphasie — Ex. neurol : Parésie faciale D. Ptosis G. Inégalité pupillaire, paresse de la convergence. F.O. : S.P. bilatérale - Membres : R.A.S.

Ex. 17-9-47 : Accentuation des troubles; cécité presque complète, pas de vomissements, céphalées plutôt atténuées - grosses difficultés d'élocution, stase avec atrophie optique.

Vº : (Acceptée seulement alors) : Tumeur frontale G. un peu postérieure et assez basse, très volumineuse, sans obstruction complète du trou de Monro.

Interv. : Enucléation tumeur volume petit œuf de poule sous-jacent à un ostéome, l'insertion se faisant à la limite de la D.M. temporale. Collapsus opératoire régressant à la transfusion.

Ana. path. : Méningiome méningothélial type I Cushing.

Suites : Simples, reprend conscience, reste aphasique et hypotendu. Ne paraît pas hémiplégique. Hyperthermie par la suite.

Obs. 10 - A. Las... - M. 48 ans - (54394) - Méningiome pré-rolandique gauche.

Depuis 2 ans, troubles de la parole par crises où le malade « sait quoi dire, mais ne peut articuler », accompagnés d'une bouffée de vaso-dilatation faciale et d'une sensation de striction à la gorge (?) - Le tout dure de une à dix minutes, sans perte de connaissance. Ces crises, au début espacées de 1 à 3 mois, existent presque toutes les semaines.

A.P. : Traumatisme cranien il y a deux ans.

Ex. 12-12-54 : Malade très conscient, sans aphasie amnésique. Lecture et écriture faciles — Ex. Neurol. : pratiquement négatif, sauf réflexe cutané plantaire qui tend à l'extension à D., et F.O. montrant un très discret œdème du bord nasal à G. ?

E.E.G. : Tracé irritatif G.

A° : Tumeur du pied de F.A.

Interv. : Enucléation tumeur volume d'un abricot, vascularisation du cortex respectée, interv. très hémorragique à tous les plans, osseux, duremérien.

Obs. 11 - P. Bon... - F. 40 ans - (4010) - Méningiome de la faux gauche > droit.

Depuis deux ans et demi, céphalées, vomissements - Traitée par divers radiesthésistes et chiropractors - Cécité complète, avec parésie progressive D.

Ex. 7-2-40 : Malade amnésique, euphorique, désorientée, passive - Hémiparésie D. - F.O. : atrophie post-stase bilatérale. (Stase existant encore à droite.)

V° : Amputation corne frontale et du corps du ventricule G., gros

ventricule D. dévié; troisième ventricule injecté et médian.
Interv. : Enucléation de la tumeur qui passe sous la faux vers le côté D.
Ana. path. : Méningiome.
Suites : Collapsus - Décès.

Obs. 12 - E. Da... - F. 46 ans - (5523) - Méningiome de la faux gauche > droit.

Il y a 18 mois, parésie D. progressive avec troubles de la parole, vertiges.
Il y a 9 mois, aphasie complète coïncidant avec mariage du fils... Amélioration - Deuil familial... Aggravation.
A.P. : R.A.S. - Fils unique.
Ex. 8-1-55 : Neurol. et ophtal. normaux - Sensation de lourdeur, de gros volume du côté droit.
Aº : G. : Enorme méningiome para-sagittal G. frontal pré-rolandique.
Interv. : Résection économique bord supérieur de l'hémisphère G., énucléation de la tumeur insérée sur la faux, un fragment était développé du côté D. Poids 150 gr.
Suites : Monoplégie crurale régressant après 36 heures. Aucun tr. aphasique.

Obs. 13 - L. Val... - F. 40 ans - (4914) - Méningiome de la faux (tiers antérieur gauche).

Depuis juin 1948, céphalées surtout frontales G., baisse progressive de la vision avec quelques phénomènes paroxystiques. Démarche titubante depuis novembre - Depuis 15 jours, nausées sans vomissements.
Ex. 16-2-49 : Malade présente anosmie, papille œdèmateuse en voie d'atrophie - Parésie faciale D. inférieure dans la mimique - rétro-latéro pulsion - pas de déficit pyramidal.
E.E.G. : Anomalies en foyer probablement au bas de la circonvolution pariétale ascendante G., toutes réserves faites eu égard à l'engagement temporal.

Vo : Volumineuse tumeur frontale para-sagittale G. n'amputant pas mais abaissant et écrasant la corne frontale.
Interv. : Ablation d'un méningiome du volume d'une mandarine, inséré sur la faux, variété antérieure.
Ana. path. : Méningiome fibroblastique.
Suites : Guérison avec cécité G.

Obs. 14 - M. Sei... - F. 65 ans - (4994) - Méningiome para-sagittal frontal droit.

Depuis 1 an, baisse progressive de l'activité familiale, met plusieurs heures à sa toilette, devient incapable de toute activité utile, oublie de préparer les repas - Il y a 15 jours, est trouvée étendue par terre, serait tombée, sans avoir perdu connaissance, et n'aurait pu se relever.
Ex. 17-1-49 : Mémoire ancienne conservée, amnésie des faits jusqu'à 5-6 mois; à la lecture d'un texte, ne se souvient que des dernières lignes - Affectivité semble à peu près normale, certaine tendance à l'interprétation. Opérations intellectuelles impossibles, semble pouvoir encore raisonner. Activité incessante, très agaçante pour l'entourage — Enurésie - Hémiparésie G. - S.P. bilatérale.
Vo : Tumeur volumineuse para-sagittale D. antérieure - méningiome ?
Interv. : Ablation facile du méningiome qui s'enfonce jusqu'à la pointe du lobe frontal, dans la profondeur jusqu'au bord libre de la faux, et jusqu'au corps calleux. Quelques bourgeons sont laissés, dans la profondeur, en raison de l'hémorragie importante et du collapsus. Hémostase.
Suites immédiates : Satisfaisantes. Décès au 3e jour.

Obs. 15 - M. Rob... - F. 28 ans - (56) - Méningiome gauche parasagittal.

Début des troubles remontant, d'après la malade, à 4 mois, à type de dépression nerveuse avec changement du comportement - Traitée par électrochocs, amélioration de courte durée - « A la

suite d'une nouvelle contrariété, elle vit dans la peur de la persécution » (« tout le monde parlait mal d'elle ») - Nouvelle hospitalisation pour syndrome dépressif avec idées délirantes de persécution et très grosse anxiété - Traitement neuroplégique, puis insulinothérapie - Apparition de troubles du langage, de la vision, avec céphalées, bradypsychie et vertiges. F.O. : S.P. bilatérale.

E.E.G. : Montre des ondes delta de grande amplitude dans les dérivations G. avec prédominance pariéto-rolandique.

A.P. : Mariée, un fils de 9 ans, aménorrhée depuis 2 mois.

Ex. 21-3-56 : Anxiété très grande, craintive (peur « qu'on dise du mal de son mari »), difficulté pour trouver certains mots, exprimer certaines idées, répond cependant correctement, mais lentement, aux questions. Bon état général, pas de troubles neurol - Fibrillations musculaires généralisées avec trémulation et secousses myocloniques à l'effort - F.O. : S.P. bilatérale.

A° : Volumineuse tumeur (méningiome frontal G.) située dans la région de la ligne médiane.

Interv. : Enucléation facile méningiome typique convexité parasagittale. Poids : 95 gr.

Ana. path. : Méningiome méningothélial avec une participation vasculaire notable.

Suites : Très simples, psychisme pratiquement normal. Pas de déficit moteur.

Obs. 16 - L. Gra... - M. 48 ans - (54159) - Méningiome para-sagittal droit.

Fin octobre 53, crise comitiale avec pâleur, impossibilité de parler, palpitations, contracture, puis déficit G., sans phénomènes cloniques, ni amnésie. Les crises vont se répéter avec un déficit qui devient permanent. Pas de céphalée ni de vomissement.

Ex. 20-4-54 : Pas de tr. psych. - Droitier - Hémiparésie G. respectant la face sans signe évident d'H.I.C. (Enurésie).

A° : Image typique méningiome para-sagittal D.

Interv. : Enucléation en deux fragments de la tumeur.

Ana. path. : Méningiome méningothélial.
Suites : Hémiplégie en régression.

Obs. 17 - A. Daz... - F. 52 ans - (52162) - Méningiome olfactif.

Il y a 4 ans, perte de connaissance sans céphalées ni convulsions. A la suite, anosmie complète - Il y a 4 mois, baisse progressive de l'A.V. avec céphalées frontales attribuées à une sinusite.
Ex. 23-7-52 : A.V. : 3/10 et 1/10 - Décoloration des 2 papilles, dyschromatopsie - Dissociation albumino-cytologique. Pas de déficit neurologique.
A° G. : Tumeur frontale.
Interv. : Ablation du méningiome plus développé à G., allant fort loin en arrière - Bien supportée.
Ana. path. : Méningiome à prédominance fibroblastique.

Obs. 18 - J. Poi... - F. 45 ans - (5554) - Méningiome olfactif.

Anosmie depuis 1950. Depuis 6 mois, céphalées surtout occipitales -Dysmnésie de fixation, irritabilité, apathie - Crises de desription vague : s'est retrouvée dans son lit sans savoir comment.
A.P. : Il y a 5 ans, plaie de l'arcade sourcilière.
Ex. 27-1-55 : Très présente, un peu euphorique. F.O. : œdème papillaire bilatéral, début d'atrophie à D.
A° - E.E.G. : Tumeur frontale G. profonde.
Interv. : Résection des deux pôles des lobes frontaux. Enucléation du méningiome plus développé à G. - Poids : 45 gr. - Bien supportée.

Obs. 19 - G. Tas... - F. 48 ans - (55425) - Méningiome olfactif.

Depuis 1 an, augmentation de poids. Depuis 6 mois, céphalées paroxystiques, sans autres troubles. Depuis 10 jours, épisodes de diplopie et d'amblyopie, avec diminution de la mémoire.
A.P. : En 1940, choc violent sur le front avec perte de connaissance.
Ex. 15-6-55 : Ophtalmologique et neurol. entièrement négatifs.
Ex. 29-8-55 : Syntone - Fond mental intact, un peu approbative,

n'a plus de goût, cuisine bâclée, oublie les plats sur le feu, intérêt diminuée, dysmnésie de fixation — La famille décrit des troubles très accentués avec épisodes confusionnels et un syndrome important — F.O. : S.P. bilatérale - Ex. neurol. négatif, sauf peut-être Barré D.

A° : Gros méningiome olfactif D. > G. (A posteriori, semble anosmique. Perte du goût des aliments) vérifié à l'intervention.

Obs. 20 - G. Rol... - F. 39 ans - (4923) - Méningiome jugo-olfactif.

Baisse progressive de l'A.V. depuis 18 mois, surtout D.

Ex. 25-4-49 : Pas d'indication de tr. psych. A.V. - O.D. : 6 - O.G. : 10/10 - F.O. : S.P. bilatérale. Ex. neurol. négatif.

V° : Amputation complète corne frontale D. avec très discrète déviation du système ventriculaire.

Interv. : Résection du lobe préfrontal D., extirpation volumineux méningiome (œuf de poule), inséré sur un petit ostéome situé à mi-chemin de l'apophyse crista-galli et du tubercule de la selle.

Ana. path. : Méningiome à prédominance fibro-blastique.

Suites : Cécité D. O.G. : normal - Anosmie - Mène une vie normale 2 ans après.

Obs. 21 - M. Bay... - F. 61 ans - (5598) - Méningiome jugo-olfactif.

Découverte d'un rétrécissement du champ visuel par l'ophtalmologiste.

A.P. : Lésion sommet poumon D. en 40 - Perte momentanée de la sensation du goût, il y a un an.

Ex. 11-7-55 : Pas d'indication de tr. psych. - Bon état général, pas de céphalées, anosmie récente. Ex. neurol. négatif. A.V. : O.D.G. : < 1/10 - Hémianopsie bi-temporale. F.O. : atrophie optique - L.C.R. : dissociation albumino-cytologique.

A° : Méningiome tubercule de la selle.

Interv. : Résection limitée de la pointe du lobe frontal G., morcellement de la tumeur, très volumineuse, qui est énucléée complètement. Insertion surtout G. du méningiome jugo-olfactif.

Ana. path. : Méningiome méningothélial.

Suites : Confusion mentale, de type frontal, avec euphorie et hyperthermie. Hématome. Ré-intervention. Mélange de confusion plus moria. Gâtisme avec refus d'alimentation, transéat en H.P.

Obs. 22 - Cl. Bor... - M. 32 ans - (56) - Méningiome du tubercule.

Etat de mal comitial durant 3 jours, guérison.

A.P. : Epistaxis importants depuis l'enfance. Il y a 8 ans, traumatisme cranien avec perte de connaissance - Céphalées depuis 3 ans, anosmie depuis 2 ans. Il y a 1 an, troubles visuels, avec amblyopie brutale G. et sinusite traitée par aérosols. Est éthylique, a toujours été nerveux, mais est devenu irritable.

Ex. 14-4-56 : Malade indifférent, amnésie totale post-crise, est présent au moment de l'examen; la nuit suivante, est retrouvé égaré dans sa chambre - Ex. neurol. négatif; ex. ophtalm. : F.O. : atrophie G., normal D., présente une hémianopsie latérale homonyme D.

E.E.G. : Souffrance diffuse, delta polymorphe dans les régions antérieures. Pas de côté net ? Temporal G. ?

A° : Enorme méningiome du tubercule de la selle.

Interv. : Ablation assez facile en plusieurs fragments, après résection du pôle frontal D. Poids : 120 gr.

Suites immédiates : Etonnante récupération psychique; dès le lendemain, non seulement récupération de l'hémianopsie, mais de l'A.V.G.

Obs. 23 - J.-P. Beh... - M. 56 ans - (5329) - Méningiome du tubercule.

Depuis 3 ans, baisse progressive O.D. avec céphalées surtout nocturnes, insomnies, amaigrissement. A cessé sans raison son travail depuis 2 ans, apathie, désintérêt progressif.

Ex. 8-2-53 · Syndrome de Foster-Kennedy (atrophie D. - Stase G.) avec anosmie bilatérale - Léger Barré D. - Dissociation albumino-cytol.

Interv. : Ablation assez difficile du méningiome pesant plus de 100 gr. après résection assez large du cortex préfrontal,

Suites : Hyperthermie avec état confusionnel les premiers jours. Régression des troubles.

Obs. 24 - L. Cau... - F. 46 ans - (5518) - Méningiome du tubercule.

Il y a 3 ans, amaurose G. - Automne 54 : baisse de l'acuité D.

Ex. 15-2-55 : (Uu peu obtuse) - A toujours été obèse (106 kgs), pas de céphalées, réglée normalement. Ex. neurol. négatif - Ophtal. A.V. : O.D. : 2/10 - O.G. : 0 - C.V. : O.D. : Hémianopsie temporale - F.O. : atrophie.

Aº et cysternographie : Méningiome du tubercule.

Interv. : Morcellement du méningiome d'un volume assez considérable (petit œuf) - Interv. longue et difficile.

Obs. 25 - J. Mul... - F. 51 ans - (55345) - Méningiome du tubercule.

Depuis 3 ans, perte de la vue avec affaiblissement progressif des facultés physiques et intellectuelles - Quelques troubles caractériels, troubles sphinctériens.

Ex. 18-5-55 : Important syndrome d'obnubilation - Euphorie avec gâtisme - Cécité complète; paralysie crurale D.

Aº G. : Méningiome frontal dont la cérébrale antérieure épouse la concavité.

Interv. : Réduction progressive du volume du méningiome mou et angioblastique dont un prolongement plonge en arrière de la petite aile du sphénoïde G. La partie médiane défonce la faux, refoulant la face interne hémisphère D. Libération de la partie postérieure s'insérant sur le tubercule. Interv. difficile mais assez satisfaisante.

Ana. path. : Méningiome méningothélial.

Suites : Obnubilation pendant 3 jours, avec hémiplégie D. massive sans aphasie apparue secondairement - Récupération du point de vue psychique.

Obs. 26 - E. Fou... - F. 43 ans - (4811) - Méningiome du tubercule.

Céphalées avec baisse concomitante de l'A.V. pendant 1 mois, il y a 2 à 3 ans - Céphalées intermittentes surtout frontales avec

inappétence sans nausées - Depuis quelques mois, asthénie, insomnie, amaigrissement. Il y a un mois et demi, perte de connaissance, entraînant une brûlure de la jambe.

A.P. : Opérée avant la guerre d'une néo-formation endo-nasale, pour laquelle on a procédé à la mise en place de radium. Parésie faciale G. transitoire il y a 1 an.

Ex. 29-12-47 : Hypoosmie - A.V. : O.D. : 1/20 - O.G. : 6/20 - F.O. : O.D. : Bord temporal de la papille flou, sans trace de S.P. - O.G. : liséré œdémateux péri-papillaire - Ex. neurol. négatif par ailleurs - Phénomène comitiaux et somnolence — Vu les antécédents, traitement radiothérapique — Arrêt de celui-ci devant l'aggravation des troubles - Cécité D. - Diminution de la vision de l'O.G. par intermittence - Céphalées, vomissements.

Interv. (en deux temps) : d'un méningiome du tubercule après résection du lobe préfrontal D.

Ana. path. : Méningiome méningothélial.

Suites : Plus de céphalées, cécité presque complète.

En 53, état de mal comitial - Ré-intervention.

En 55, après interv. au niveau de l'orbite G. pour exophtalmie. Etat de mal comitial à la suite duquel la malade présente un état d'euphorie, troubles de la mémoire - F.O. : atrophie optique à bords nets sans signe de stase veineuse oculo-orbitaire. Encéphalographie améliore le comportement psychique : malade plus présente et consciente, sans incontinence.

Obs. 27 - A. Cha... - F. 44 ans - (4711) - Méningiome du tubercule de la selle (obs. déjà publiée par MM. L. Pouyanne, E. Bessière, H. Pouyanne).

Céphalées, vomissements depuis janvier 46 - Baisse progressive de l'A.V.

Ex. 25-2-47 : Pas d'indication de tr. psych. - A.V. : Acuité O.D. : 9/10; O.G. : 1/10. Hémianopsie bitemporale avec rétrécissement plus net à gauche - F.O. : Papilles un peu décolorées Aucun signe neurologique.

V° : Amputation partie antérieure 3e ventricule.
Interv. : Morcellement du méningiome du tubercule enlevé en totalité, volume d'une prune.
Suites : Récupération A.V. et C.V. gauches.

Obs. 28 - M. Ger... - F. 39 ans - (4226) - Méningiome du tubercule.

En 40, baisse de la vision de l'O.G., amaurose en 3 mois. En mars 42, impression d'hémianopsie D. au moment de ses règles; 1 mois après, nouvel épisode, coïncidant toujours avec les règles. Pas de céphalées ni de troubles fonctionnels.
A.P. : Névralgies des membres supérieurs suivies d'un ictère il y a 3 ans.
Ex. 7-5-42 : Malade asthénique, ne se plaignant que de troubles visuels - Présente un déséquilibre constitutionnel discret, tendance à faire la « forte tête », cache à sa famille la gravité de l'intervention envisagée — Hyposmie gauche O.G. Atrophie optique de type primitif; O.D. : 6/10 inaméliorable - Petite échancrure du champ temporal D. Aucun autre trouble dans le domaine des autres paires craniennes - Membres : R.A.S. - Légère polyurie ne dépassant pas deux litres sans polydypsie ni narcolepsie - L.C.R. : Alb. : 0 g. 40.
Radio : Hypertrophie tubercule antérieur de la selle.
Inter. : Enucléation du méningiome G > D.
Ana. path. : Méningiome typique à forme nodulaire (Dr Berdet).
Suites : Amélioration de la vision, monoplégie brachiale D. régressive - 4 mois après, la malade se trouve très bien.

Obs. 29 - B. Car... - M. 33 ans - (4439) - Méningiome olfacto-orbitaire gauche.

Baisse progressive de la vue de l'O.D. depuis 1 mois.
A.P. : Baisse progressive de la vision de l'O.G. depuis 10 ans - Sans modification.
Ex. 1-9-44 : Pas d'indication de tr. psych. - Céphalées bilatérales prédominant à D. - Exacerbation paroxystique. Anosmie bilaté-

rale - O.D. : Début de stase - O.G. : Atrophie optique de type primitif - Membre inférieur G. : Réflexes vifs avec périostés.

Interv. : Ablation progressive du méningiome qui ne franchit pas la ligne médiane.

Ana. path. : Méningiome fibroblastique.

Suites : Atrophie optique.

Obs. 30 - R. Dam... - M. 22 ans - (4619) - Méningiome olfacto-orbitaire bilatéral gauche plus grand que droit.

Céphalées sus-orbitaires G. paroxystiques depuis mars 45. Traité par sulfamides, amélioration. Opéré du sinus frontal.

Ex. 18-5-46 : Amaigrissement, asthénie, le malade reste couché. Exophtalmie G. avec S.P. bilatérale nette, sans baisse de l'A.V. Asymétrie faciale. Le reste de l'examen neurol. est pratiquement négatif.

Interv. : Ablation de la tumeur ayant envahi le sinus frontal et perforé le toit de l'orbite G.

Suites : Excellentes - 5 ans après, cranioplastie avant mariage.

Obs. 31 - J. Bay... - M. 48 ans (4524) - Méningiome calcifié de la petite aile du sphénoïde dr. (variété interne).

Depuis 2 ans, baisse de l'acuité visuelle D. avec réduction apparente du champ visuel G. - Episodes céphalalgiques rares accompagnés de somnolence. Baisse de l'odorat - Depuis plusieurs années, et surtout depuis 2 ans, chute de tous les poils avec frilosité - Pas de diminution nette de la puissance génitale. Pas de polydypsie - Amaigrissement de 10 kgs en 3 ans.

Ex. 15-7-45 : Aspect juvénile, complètement imberbe, corps d'aspect féminin, glabre, sans adiposité. Le tissu cellulaire sous-cutané paraît cependant conservé - Pas d'indication de tr. psych. - Hypoosmie bilatérale sans anosmie - Baisse considérable vision D. avec ptosis D. Hémianopsie temporale G. - Papilles blanches atrophiques - Parésie faciale G. de type central à la mimique. Parole scandée - Paralysie sciatique G. ancienne d'origine traumatique.

Ana path. : Méningiome très fibreux avec image de calcification.

Suites : Vision normale de l'O.G.

Obs. 32 - M. Caj... - F. 42 ans - (4218) - Méningiome de la petite aile du sphénoïde droit (variété interne).

Depuis 8 ans, vision trouble de l'O.D. avec cécité complète D. depuis 2 ans. Céphalées et hypotension, il y a 1 an. A deux reprises, crampes de l'hémiface G. - Polyurie et polydypsie depuis 3 à 4 mois.

Ex. 30-4-49 : Ralentissement psychique léger; est incapable de donner des précisions; état antérieur inconnu. Fréquents accès de somnolence ? - Fatigue ? - Hypoosmie nette D. surtout depuis un mois et demi (travaille dans une parfumerie). Syndrome de Foster-Kennedy (atrophie optique D. Stase G.). Crises jacksoniennes de la joue G. avec parésie de ce côté. Membres supérieurs : R.A.S. Membres inférieurs : Déficit moteur G. avec Barré sans modification des réflexes. Démarche hésitante sans signes cérébelleux.

Radio : Ostéome net partie interne petite aile du sphénoïde.

Vo : Tumeur sous-frontale D. - Volume d'une grosse prune déplaçant le 3e ventricule. Obstruction du trou de Monro.

Interv. : Résection partielle du lobe frontal, ablation en deux fragments du méningiome. Un opercule de la tumeur est laissé sur le diaphragme de la selle.

Suites : Parfait état clinique avec récupération partielle de la vision D.

Obs. 33 - L. Blo... - M. 52 ans - (4945) - Méningiome de la petite aile gauche (en plaque).

Céphalées anciennes; il y a 10 ans, ptosis de l'O.G. Tous les 3 à 4 mois : absences « dreamy-state », reste obnubilé - Convulsions face et mains sans perte de connaissance ni manifestations sensorielles, aura de 2 minutes avec vertiges - Impuissance complète depuis 5 ans Exophtalmie et baisse de l'acuité auditive G. depuis 5 mois. Suit un traitement anticomitial irrégulier.

Ex. 19-8-49 - Pas d'indication de tr. psych. - Droitier - Amaigrissement, anorexie, somnolence - Exophtalmie G. avec parésie du III et du VI (extrinsèque) - F.O. normal - Surdité G. complète - Membres et tronc : R.A.S.

Radio : Ostéome bord supérieur de la fente sphénoïdale.

Interv. : Méningiome volume d'une demi-olive à cheval sur la crête sphénoïdale à développement surtout temporal. Ablation partielle.

Ana. path. : Méningiome.

Suites : Excellentes à tous points de vue - Comitialité malgré le traitement par la suite, avec état dépressif.

Obs. 34 - M. Dac... - F. 29 ans - (4322) - Méningiome fronto-temporal gauche.

Céphalées datant de 3 mois, avec diminution de l'A.V. et vomissements depuis 1 mois. Ralentissement psychique et moteur depuis quelques mois avec troubles de la mémoire, désordre dans l'activité ménagère (fait la vaisselle avec le linge du parquet), n'écrit plus à sa famille, modifications de l'écriture, met souvent plusieurs jambages au lieu d'un - Réflexions incohérentes attirent l'attention des fournisseurs - Hypersomnie.

Ex. 8-5-43 - A présenté un tremblement de grande amplitude de la main D. ce matin; prétend en avoir eu de la main G. aussi.

Ex. neurol. négatif - Sauf tremblement bilatéral prédominant à D. - Réflexes ostéo-périostés aux deux membres supérieurs - Anosmie et S.P.

Vo : Tumeur frontale postérieure G. oblitérant un ou deux trous de Monro - Hydrocéphalie D.

Ana. path. : Très volumineux méningiome (10 cms/10 cms).

Obs. 35 - J. Las... - M. 44 ans - (50114) - Méningiome petite aile gauche (variété interne).

Hémiparésie G. proportionnelle - Depuis 3 semaines, après une dispute (aux dires du malade), crise avec perte de connaissance, émission d'urines, sans phase tonique.

A.P. : Gros mangeur, sans éthylisme ?

Ex. 10-11-50 : Hémiparésie G. - S.P. avec A.V. et C.V. normaux.

Interv. : Ablation partielle d'une énorme tumeur fronto-temporale

insérée sur la petite aile du sphénoïde G. - Opération assez hémorragique.

Ana. path. : Méningiome méningothélial (variété 2).

Suites : Décès post-opératoire.

Obs. 36 - R. Lam... - M. 44 ans - (5206) - Méningiome angioblantique de la petite aile droite (tiers moyen).

Depuis 15 jours, céphalées, d'abord matinales, puis toute la journée, avec serrement à siège postérieur, exagérée par l'effort et l'attention - Etat nauséeux, vomissements.

F.O. : Papillite bilatérale - Une P.L. faite montre une dissociation albumino-cytologique.

A.P. : Hépatique, avec migraines passagères - Soigné pour troubles sympathiques avec angoisse, agoraphobie, serrement à la gorge, etc... - Il y a 2 mois, difficultés pour écrire (le chiffre 7, par ex.).

Ex. Déc. 51 : S.P. bilatérale, sans troubles grossiers de l'A.V. ni du C.V. Parésie faciale G ? Tronc et membres R.A.S. - A noter, une légère exophtalmie.

A° : Tumeur frontale D. refoulant en-dedans la cérébrale antérieure, abaissant le groupe sylvien qui est repoussé en arrière et en bas.

Interv. : Pas de kyste - Cerveau déplissé et tendu - Lobectomie frontale - Ablation d'un méningiome volume d'un œuf de poule, inséré sur le tiers moyen de la petite aile du sphénoïde.

Ana. path. : Production fibro-angiomateuse d'origine méningée possible.

Suites : Simples - Récidive en 52 - Décès.

Obs. 37 - O. Cat... - F. 45 ans - (4632) - Méningiome méningothélial alvéolaire de la petite aile de l'orbite gauche.

Exophtalmie progressive et indolore depuis 1940 - En 1946, une radio découvre un gros ostéome de la petite aile, 12 séances de rayons apportent une amélioration légère.

Ex. 27-7-46 : Exophtalmie G. avec atrophie optique et image de gros ostéome du ptérion - Pas d'indication de tr. psych.

Interv. : Ostéome envahissant le toit de l'orbite, la petite aile, l'apophyse orbitaire et la paroi externe de l'orbite. Méningiome étalé en tapis sur l'arête sphénoïdale, de la taille de 5 cms.

Suites : Parfaites, persistance de l'exophtalmie.

Obs. 38 - E. Aub... - F. 60 ans - (4213) - Méningiome en plaque du ptérion avec volumineux ostéome.

Depuis 10 ans, exophtalmie G. progressive - Depuis 3 à 4 ans, tuméfaction temporale - Vision conservée, mais depuis 2 ans, après une chute, extériorisation de l'œil.

Ex. avril 42 : Pas d'indication de troubles psychiques.

Interv. : Extirpation du méningiome - Guérison.

Obs. 39 - M. Doi... - F. 49 ans - (5130) - Méningiomes multiples; 1. du tubercule de la selle - 2. pré-frontal droit.

Diminution de l'A.V. D. sans anomalie du F.O. en automne 50 - La baisse de l'A.V. s'accentue, sans autres troubles; L.C.R. normal en février 51 - La malade reste fatiguée et céphalalgique une quinzaine de jours.

A.P. : Il y a 3 à 4 ans, chute violente sur la face.

Ex. 26-2-51 : Pas d'indication de tr. psych. - Très bon état général. Ex. Neurol. toujours négatif. A.V. O.D. : 1/10 - O.G. : 10/10 - C.V. : Rétrécissement temporal D. L.C.R. normal.

Aº : Siphon carotidien un peu aplati et artère cérébrale antérieure un peu soulevée.

Interv. : Enucléation rapide d'un méningiome du volume d'une grosse noisette siégeant au niveau du tubercule. Un deuxième méningiome pré-frontal de la convexité est découvert incidemment et facilement extrait.

Suites : Excellentes - Plus de céphalées, léger retard de règles, garde une papille D. décolorée - Se trouve très bien - 6 mois après, parfait état.

Obs. 40 - F. Com... - F. 41 ans - (4937) - Méningiome double temporal, frontal droit.

Il y a 1 an, céphalées intenses, avec alitement pendant 24 heures - Une parésie faciale G. avec une anesthésie passagère du même côté, ainsi que quelques troubles moteurs de tout le côté G. est notée pendant 24 heures - En janvier 49, déficit G. avec phénomènes douloureux accompagnés de céphalées occipitales, surtout nettes en position couchée. En même temps, baisse visuelle importante. Les troubles moteurs gagnent tout le côté G.

Ex. 28-6-49 - Tout à fait présente - Œdème péri-papillaire bilatéral - Hémiplégie G. avec contracture.

Radio : Zone d'opacité floconneuse frontale D. traduisant de nombreux ostéomes.

Interv. : Montre plusieurs petits ostéomes et surtout, un méningiome temporal au niveau du ptérion; dans la partie toute postérieure et supérieure de la préparation se présente un autre méningiome du volume d'un abricot - Extirpation facile des deux gros méningiomes, les petits méningiomes sont arrachés avec la D.M. qui adhérait au volet.

Ana path. : Méningiome fibroblastique à type psammone.

Suites immédiates : Satisfaisantes.

Obs. 41 - A. Bau... - F. 28 ans - (5404) - Méningiome de la faux (gagnant la convexité bilatéralement).

Rentre à l'hôpital pour débilité mentale avec crises comitiales.

A.P. : Rachitisme, ne marche qu'à l'âge de 10 ans, va à l'école jusqu'à 19 ans - Suit mal la classe - Pas de certificat d'études. Comitialité apparue à 24 ans; sent venir sa crise, début crural G. avec généralisation sans perte de connaissance ni incontinence. Rythme des crises très variable; en 4 ans, une dizaine de crises. Traitée au Gardénal.

Ex. 28-9-53 - Débile, satisfaite d'elle-même, bradypsychie, conservation de l'affectivité, dit avoir fait de gros efforts pour s'adapter au milieu social mais n'a pas pu rester placée. Test (Weschler) : Débilité profonde — Tremblement rapide et diffus à la partie inf.

de la face. Membres sup. : réflexes un peu vifs à G. - Membres inf. : réflexes tendineux mous contrastant avec l'hyper-nervosité de la malade — F.O. : Normal.

Radio : Très important élargissement de la voûte surtout dans la région fronto-pariétale, selle turcique allongée.

E.E.G. : Très perturbé, en faveur d'une comitialité diffuse.

Encéphalographie : Aspect nettement pathologique confirmé par l'A°.

Interv. : Volet pré-rolandique centré sur l'ostéome, difficilement taillé - Ablation d'un méningiome envahissant le sinus longitudinal, se développant de part et d'autre de la faux, surtout à gauche. Un peu de tumeur est laissé en place, en arrière - Il faut noter la présence de petits nodules de méningiome isolés.

Ana. path. : Méningiome de type psammone.

Suites : Hémiplégie incomplète D. respectant le bras - Troubles du caractère avec d'énormes sautes d'humeur.

Obs. 42 - C. Dut... - F. 38 ans - (50158) - Méningiome fibroblastique frontal gauche.

Céphalées datant de 3 ans, continues avec paroxysmes violents, souvent déclenchées par une contrariété, un événement, ou la prise de certains aliments. Prise de très nombreux calmants qui soulagent peu. S'alite. Quelques vomissements. Lors d'une crise, s'est levée, a sans doute perdu connaissance, s'est retrouvée étendue par terre, ayant uriné. Deux autres périodes d'obnubilation avec émission involontaire d'urines. Grosse perte de la mémoire avec énervement. Irritabilité.

A.P. : Deux accouchements - Episode dépressif important après ovariectomie D. suivie d'une suppuration parotidienne, en 1938. En 1941, ennuis familiaux, séparation d'avec son mari; en 1945, hystérectomie totale suivie d'éventration, pour laquelle elle est reopérée 4 fois.

Ex. 28-11-50 : Malade euphorique, méconnaissant son état, envisage les pires éventualités avec sérénité — Ex neurol. pratique-

ment négatif - Ophtal. : S.P. bilatérale avec A.V. et C.V. normaux.
Radio : Suspicion de méningiome frontal G.
A° : Abaissement du sinus carotidien sans exagération de la vascularisation.
Interv. : Incision circulaire de la D.M. qui passe à la marge de la tumeur. Celle-ci fait aussitôt hernie, c'est un méningiome très mou, facilement clivé, avec cependant une assez forte hémorragie. Collapsus, transfusion. Ablation de quelques bourgeons répandus sous la D.M. et surtout vers la pointe du lobe temporal, sans aucune insertion à ce niveau. L'ablation est absolument complète.
Suites : Fistule L.C.R. sous-cutanée - Hernie cérébrale - Réinterv. (l'amnios a fait corps étranger) - Suites : Bonnes.
En 1955, présente un comportement très névropathique (difficultés familiales).

Gliomes (et métastases)

Obs. 43 - A. Mil... - M. 48 ans - (56) - Glioblastome frontal profond droit.

Depuis 1 mois,céphalées D., asthénie.
A.P. : Traumatisme cranien pariétal D. il y a 8 ans - Trépanation, perte de substance 2 cm2.
Ex. 5-4-56 : Malade obnubilé, bradypsychique - S.P. bilatérale, C.V. : R.A.S. - Parésie brachio-faciale G. - Babinski D.
E.E.G. et A° : Gliome frontal profond D.
Interv. : Résection d'un opercule de cortex, énucléation d'un gliome mou vasculaire avec pseudo-kystes; une partie est sucée.
Suites immédiates : Pas d'hémiplégie, conscience améliorée, ne gâte plus.

Obs. 44 - E. Lar... - M. 45 ans - (56) - Glioblastome fronto-calleux gauche.

Crises comitiales généralisées apparues en 1945 après un gros traumatisme cranien avec perte de connaissance. Depuis 3 ans,

crises jacksoniennes avec aura oculo-motrice ou labyrinthique. Phénomènes toniques et cloniques de topographie variable. Dans l'intervalle des crises, absences fréquentes.

Ex. 22-2-56 : Céphalées sus-orbitaires bilatérales, asthénie, perte de l'attention et de la mémoire, épisode dépressif (refus de tout travail, prostration, mutisme, incontinence nocturne d'urines) signalé par son médecin, nié par le malade. Les réponses du malade sont lentes, on ne met pas en évidence de tr. moteurs, sensitifs ou réflexes. F.O. : Flou papillaire, dilatation veineuse, surtout D.

E.E.G. : Très perturbé, ondes lentes temporales G.

A° : Refoulement vers la D. du tronc des calleuses.

Interv. : Ponction kyste à contenu citrin — On circonscrit à l'électro dans la région para-sagittale deux circonvolutions d'aspect caractéristique, grisâtres, déplissées. Enucléation au doigt d'une masse énorme, mal limitée, contiguë à la faux, se continuant franchement de l'autre côté après invasion du corps calleux, puis vers la profondeur et en dehors, on énuclée une masse plus dure qui paraît fuir vers la tête du noyau caudé. Ablation partielle.

Ana. path. : Glioblastome avec territoires astroblastiques ou astrocytaires.

Suites : Pas d'hémiplégie évidente - Progressivement, confusion allant jusqu'au coma; complications pulmonaires, mort au 10e jour.

Obs. 45- E. Mag... - F. 32 ans - (4214) - Gliome frontal droit.

En 1936, crise d'épilepsie B.J. G. - Rythme irrégulier - Pas de crise généralisée, quelques épisodes céphalalgiques - Depuis novembre 41, aménorrhée avec quelques troubles visuels, augmentation de poids, bâillements fréquents, nausées sans vomissements, polyurie.

A.P. : A 7 ou 8 ans, chute du premier étage, sans séquelles.

Ex. 18-4-42 : Euphorie, docilité, indifférence affective - Parésie faciale G. dans le rire - S.P. bilatérale surtout G. B.W. positif dans le sang - P.L. minima (2 cc) : L.C.R. hypertendu et normal.

Vo : Tumeur médiane repoussant en dehors la corne frontale et la partie moyenne du corps des deux ventricules, mais surtout à D. De plus, le ventricule D. présente une image lacunaire qui montre qu'une partie notable de la tumeur se trouve intra-ventriculaire.

Interv. : Tumeur fibreuse non hémorragique, qui ne tranche guère que par sa consistance avec la substance blanche avoisinante, siégeant à la partie interne du lobe. La dissection conduit jusque dans la cavité du ventricule où on trouve une grosse masse de tumeur de consistance différente, sorte de végétations mollasses. Ablation la plus complète possible - La malade n'a cessé de parler durant toute l'opération avec une lucidité parfaite.

Ana. path. : Gliome polymorphe encore appelé gliosarcome. (Certains territoires représentent un aspect astrocytome fibrillaire) (Dr. Léger). Astrocytome de type protoplasmique (Dr Berdet).

Suites : Obnubilation - Radiothérapie - Episode dépressif, avec suicide 1 an après.

Obs. 46 - J. Lag... - F. 62 ans - (55280) - Glioblastome frontal gauche profond.

Diminution du niveau de la conscience avec état d'indifférence et de désintérêt.

Ex. 6-8-55 : Bon état général - Céphalées, hypersomnie, vomissements - Hémiparésie D. proportionnelle sans aphasie, F.O. : S.P. surtout G. - C.V. inexplorables.

Interv. : Kyste de 20 cc. environ - Tumeur dure profonde, que l'on biopsie après excision corticale.

Ana. path. : Tumeur surtout astroblastique avec territoires réalisant un aspect de glioblastome hétéromorphe.

Suites immédiates : Bonnes - Doit recevoir radiothérapie.

Obs. 47 - L. Rob... - M. 47 ans - (4309) - Astrocytome fibreux du lobe frontal droit.

Début en septembre 42 - Crise comitiale d'allure psychomotrice se renouvelant fréquemment dans la journée, sans perte de conais-

sance; le malade devient triste, irritable, parlant moins. Etat nauséeux bientôt permanent. Les crises se modifient, prenant un caractère comitial plus net. Déficit G. apparaît. Céphalées et crises comitiales généralisées par la suite : Son caractère, qui au début s'était assombri, est devenu changeant, puéril; il rit, taquine sa femme, se livre à des plaisanteries naïves, puis brusquement se met en colère sans motif; enfin, depuis quelques jours, il est dans une torpeur permanente, d'où on ne peut le tirer que pour quelques secondes.

A.P. : Céphalées frontales, paludisme.

Ex. 16-2-43 : Surdité ancienne - Obnubilation très nette, passe d'un état taciturne à une gaieté niaise. Obéit cependant aux ordres. (Réponses fantaisistes). Hémiplégie G. avec ataxie frontale. S.P. bilatérale.

V° : Tumeur frontale D. située dans le sens vertical à la hauteur de la corne frontale, dans le sens latéral à une profondeur de 3 cm. environ et dans le sens antéro-postérieur à la pointe du lobe - Volume probable : grosse noix - Gliome opérable.

Interv. : Résection du pôle frontal. Ablation d'une grosse partie de substance cérébrale, de consistance dure, avec un kyste probable.

Ana. path. : Astrocytome fibreux (Dr Berdet).

Suites : Hyperthermie - Décès.

Obs. 48 - T. Her... - F. 63 ans - (4346) - Astrocytome protoplasmique frontal droit.

En février 43, première tentative de suicide avec de l'alcool à brûler; la malade a présenté cela comme une méprise - En sept : deuxième tentative, toujours avec de l'alcool à brûler, « la confusion n'était plus possible » - Présente des céphalées, surtout depuis 3 semaines, avec insomnies; ne peut plus manger toute seule, reste alitée, incontinence apparaît.

A.P. : Vie très active, mari éthylique. A adopté 2 enfants, nombreux soucis, a toujours eu tendance à la dépression. Pas de maladie importante.

Ex. 18-11-43 : Néglige sa tenue, son ménage depuis quelques temps; troubles importants de la mémoire; oublie des achats; oublie de descendre à la bonne station de tramway; semble conserver son affectivité cependant. Idées mélancoliques; croit voir et entendre ses enfants adoptifs lui dire « Maman, je vais te faire une jolie tombe ». De même, pour son frère, décédé en 1941 — Au point de vue neurol. ex. très difficile, pas de troubles nets de la motilité, tr. de l'équilibre et raideur de la nuque; tr. de la stéréognosie : un cadenas et une clé sont une clé anglaise; baisse de la vue, les couleurs sont confondues, prend un ruban tricolore pour un peigne.

V° : D.M. non tendue; le liquide doit être aspiré; il y a même un espace entre le cerveau et la paroi osseuse; les deux ventricules ne communiquent que très difficilement. Tumeur frontale antérieure D.

Interv. : Sommeil profond ou coma - Tumeur qui affleure le cortex, sur une surface égale à une paume de main; la tumeur, trop dure, pour être aspirée est séparée au bistouri électrique; la tension tombe alors brusquement. Vaste cavité, volume d'une mandarine, la tumeur se continue encore très loin en arrière. Malgré transfusion et réanimation, la tension ne remonte pas - Décès dans les heures qui suivent.

Ana. path. : Astrocytome protoplasmique.

Obs. 4° - H. Mey... - M. 63 ans - (49113) - Astrocytome frontal G.

Début juillet, somnolence, torpeur, sans céphalées ni vomissements. Devient de plus en plus taciturne pendant les vacances; fait des absences, malaises, nausées, erreurs de route. Le malade maigrit, son état s'aggrave; il est devenu indifférent. Tr. de l'équilibre, alitement, incontinence d'urines.

A.P. : En 1918, balle occipitale. En hiver, est tombé d'une échelle sans contusion cranienne.

Ex. 2-9-49 - Hémiparésie D. avec hyperhémie bilatérale au F.O. sans qu'on puisse parler de stase. Une P.L. est faite pour éclairer l'étiologie de la confusion mentale : dissociation albumino-cytologique.

Interv. d'urgence : Trou de trépan fronto-pariétal G.; on trouve un gliome kystique gros comme une prune, qui est aspiré. Intervention minima, vu l'âge et l'état.

Ana. path. : Nombreuses cavités kystiques, cellules de type astrocytaire et oligodendrogliale : astrocytome kystique.

Suites : Persistance de l'hémiplégie D. avec aphasie; l'état général décline nettement, radiothérapie intermittente, en raison de l'état du malade - Décès.

Obs. 50 - A. Sau... - M. 52 ans - (5514) - Gliome fronto-calleux G.

Au mois de mai, brutalement, céphalées, diplopie, hémiparésie D. qui régressent par la suite - Début juillet, vomissements; la torpeur augmente progressivement pour aboutir à une hémiparésie D. avec aphasie, avec méconnaissance de la situation et gâtisme.

A.P. : Hypotension artérielle - Il y a 5 à 6 ans, pierre sur la tête.

Ex. 24-8-55 : Malade dans le coma, difficilement examinable, présentant un syndrome pyramidal diffus avec réflexes vifs, et Babinski bilatéral.

A° G. : Enorme gliome fronto-calleux.

Interv. : Ponction d'un kyste de 15 cc. environ.

Suites immédiates : Emerge un peu - Radiothérapie.

Obs. 51 - J. R... - M. 26 ans - (50121) - Astrocytome sous-frontal G.

Il y a 2 mois, première crise comitiale; s'est enivré la veille, s'est réveillé avec céphalées - 15 jours après, nouvelle crise dans des circonstances analogues, mais avec aura (sensation de striction laryngée). Prend du gardénal, l'arrête peu après, fait 2 nouvelles crises, avec la même aura.

A.P. : Ancien colonial, avec dysenterie, éthylique avoué.

Ex. 18-11-50 : Teint pâle, malade amaigri, euphorique malgré sa céphalée - Légère parésie D. F.O. : Léger coude des vaisseaux rétiniens G.

E.E.G. et A° : Néo-formation frontale G.

Interv. : Gliome para-sagittal sous-frontal G.

Ana. path. : Astrocytome giganto-cellulaire.
Suites : Revu 4 mois après, a présenté 3 crises comitiales malgré le traitement - Ex. ophtalmol. et neurol. normaux - Au 7e mois, après son opération, mène une petite activité chez lui, malgré sa fatigabilité, ses troubles de l'humeur et son irritabilité sans impulsion - Nouveau traitement radiothérapique devant la reprise des crises comitiales - Amélioration.

Obs 52 - H. Rib... - F. 49 ans - (49133) - Glioblastome kystique frontal sous-cortical.

Fatigue, diminution de l'activité, lorsque survient, en août, une parésie faciale G. avec dysarthrie, puis une parésie de la main G. avec des phénomènes B.J. Restitution en 15 jours. Reprend son activité, mais 10 jours après, reprise de l'hémiparésie avec céphalées et vomissements, sans trouble de la vision. Le F.C. ne montre qu'un œdème papillaire - Une P.L. faite : 0 g. 65 d'alb. - 15 jours plus tard, épisode comateux de 24 heures, puis amélioration pendant 1 mois.
Ex. 1-11-49 : Malade sub-comateuse. obnubilée sans aphasie, gâteuse - Hémiparésie G. prédominant au membre sup. - S.P. bilatérale.
Vo : Venticules en place, non communicants, système refoulé vers la G.; ventr. D. passé sous la faux - Tumeur pré-rolandique basse.
Interv. : Ponction d'un kyste de 15 cc. à 2 cm. de profondeur. Incision vers le kyste, ablation au suceur, d'un gliome du volume d'un œuf à kyste multiloculaire.
Suites : Sort du coma - Récupération de son hémiparésie au troisième jour - Récupération partielle de la vision, très bon état local et neurol.

Obs. 53 - A. Roc... - F. 34 ans -)4349) - Astrocytome protoplasmique frontal gauche.

En mai, avortement sans suites - En juin, crise d'épilepsie, suivie pendant 5 mois de 3 ou 4 autres crises avec un état psychique brumeux fait de lassitude, d'obnubilation légère avec puérilisme,

parole lente sur un ton un peu geignard - Fin nov. 43, mise en observation, pour 3 nouvelles crises successives avec confusion mentale. Ex neurol. négatif. Au point de vue psychiatrique, obnubilation intermittente avec céphalées frontales et vomissements en fusée. Le F.O. et le L.C.R. sont normaux. Quelques jours plus tard, bâillements, hoquet, légère excitation psychique, inconscience de son état; Ex : Parole embrouillée, léger ptosis G. Babinski G. douteux, peut-être diplopie. 2 jours plus tard, même tableau, mais tr. de l'équilibre.

Ex. 6-12-43 : Même état avec céphalées, bâillements, vomissements - Présente encore 2 crises comitiales. Pas de S.P.

Vo : Tumeur frontale G.

Interv. : Une ponction à 3 travers de doigt de la pointe retire 5 à 6 cc. de liquide - Incision du cerveau d'un cm. et demi de profondeur - Gliome hémorragique assez fibreux qui est réséqué de proche en proche par fragmentation, occupe toute la moitié du lobe frontal et est ainsi évidé jusqu'à sa face inférieure; poids : 25 g.

Ana. path. : Astrocytome protoplasmique.

Suites immédiates : Bonnes - Radiothérapie - Avril 44 : Quelques crises comitiales; état hypomaniaque. Récidive en mai 44, traduite par torpeur, vomissements, état confusionnel, syndrome pyramidal G., sans stase.

Obs. 54 - M. Pou... - F. 46 ans - (5040) - Astroblasto-glioblastome fronto-calleux droit (juxta-ventriculaire).

Depuis quelques temps, changement de caractère, avec désorientation passagère dans l'espace.

A.P. : Soignée pour un ulcère du duodénum.

Ex. 20-4-50 : Céphalées, vomissements, diplopie transitoire, depuis une dizaine de jours - Malade bradypsychique, indifférente, d'un aspect général floride, aurait même grossi - Hémiparésie G. - Photophobie, œdème papillaire bilatéral avec dilatation veineuse; A.V. et C.V. normaux — Malade de plus en plus indifférente, apparition de troubles sphinctériens. Alternance de phénomènes subcomateux.

V° : Tumeur frontale D. - Ventricules non-communicants.
Interv. : Excision d'un opercule en entonnoir, tumeur très profonde, suçable, hémorragique, fronto-calleuse D.

Obs. 55 - R. Pug... - M. 41 ans - (4506) - Astroblastome fronto-pariétal droit.

Il y a 1 an, reçoit une grille de fer sur la tête. Par la suite, insomnies, céphalées, baisse de la mémoire. Première crise comitiale en octobre 44. Nouvelle crise en décembre, malgré l'Alepsal - Ex. négatif à cette époque. Traitement modifié, plus de crises jusqu'en mars, où il devient brusquement somnolent, avec troubles de l'équilibre, parésie G.
A.P. : A pratiqué la boxe - Sinusite opérée il y a 12 ans.
Ex. 7-3-45 : Malade somnolent, gâtisme, hémiparésie G.; papilles œdémateuses sans stase. L.C.R. : légère hyperalbuminorachie. Torpeur progressive, malgré quelques rémissions sous l'influence du sulfate de magnésie intra-veineux. Le malade fabule, présente des épisodes d'agitation, et une certaine teinte euphorique par moments.
V° puis interv. : Ablation d'une tumeur de 45 g., 6 cm/4 cm.
Ana. path. : Astroblastome avec territoires évocateurs de glioblastome hétéromorphe.
Suites : Bonnes.

Obs. 56 - M. Oll. - F. 51 ans - (5807) - Glioblastome hétéromorphe fronto-sylvien gauche.

La malade souffrant de céphalées tenaces depuis 1 an, présente des vomissements avec confusion. Devant les signes méningés sans signes neurol, ni température, P.L. : dissociation albumino-cytologique - Découverte d'une S.P. bilatérale.
A.P. : Traumatisme du crâne, il y a 1 an - Mari et fils de 21 ans, porteurs de pneumothorax.
Ex. 6-4-59 : Malade somnolente, indifférente, très difficile à interroger; semble reconnaître les objets, mais en donne difficilement les noms; peut lire, mais recopie difficilement une phrase dictée ou

écrite. Ex. neurol. négatif, sauf une raideur de la nuque et un œdème de la papille bilatéral, surtout D. Amélioration progressive - Garde des troubles du langage et de l'écriture, mais à deux reprises, épisodes céphalalgiques avec confusion et vomissements.

Ana. path. : Glioblastome hétéroporphe.

Suites : 6 mois après, malade en parfait état.

Obs. 57 - J. Noc... - M. 52 ans - (4976) - Glioblastome kystique frontal droit.

Depuis 3 mois, syndrome d' H.I.C. avec affaiblissement important.

A.P. : En 1944, traité par électrochocs pour idées d'indignité à forme mystique allant jusqu'à demander un châtiment (« qu'on le supprime en lui retirant son sang »). Guérison — Fin 46, et deux fois en 47, nouvel épisode de même type, guéri chaque fois par électrochocs — Fin 48, présente une torpeur intellectuelle après une grippe; délire de jalousie et de persécution, sa femme le trompe, etc... Se rétablit mal.

Ex. 20-4-49 - Malade bradypsychique, attentif, sait qu'il est à l'hôpital. Pourquoi ? Parce qu'il voudrait avoir des enfants; sa femme a fait beaucoup de fausses couches; combien ? « 2, 3, 5, 6, Oh ! plus que ça » — Ecriture tremblée. Le lendemain, veut se lever pour cultiver ses champs. Au point de vue neurol. : réflexes vifs à G. - S.P. bilatérale.

E.E.G. : Impossible à interpréter; malade trop indiscipliné pendant l'examen.

V° : Hydrocéphalie des ventricules latéraux sans injection du 3e - Toute la corne frontale D. est amputée par une tumeur ou un kyste faisant saillie à l'intérieur.

Interv. : A 1 cm. 1/2 de profondeur, volumineux kyste dont la ponction détend considérablement la D.M. Ouverture, résection d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, le kyste représentant la taille d'une orange et occupant la quasi-totalité du lobe frontal.

Ana. path. : Glioblastome hétéromorphe.

Suites : Assez bonnes, alternance de crises de dépression avec

somnolence et de périodes d'excitation. 2 ans après, ré-intervention pour un énorme kyste profond et antérieur (lobe orbitaire) avec gliome en arrière jusqu'au ventricule. Excision large. Suites assez agitées - 7 mois plus tard, nouveau kyste qui est ponctionné.

Obs. 58 - J.-P. Mou... - M. 42 ans - (5070) - Oligodendroblastome fronto-calleux droit.

Malade bien portant jusqu'à fin avril; présente alors des céphalées avec confusion passagère - Pendant 3 mois, présente des troubles analogues par intermittences. Est traité par électrochocs et abcès de fixation sans amélioration.

Ex. 21-7-50 : Malade euphorique, répondant avec plaisir aux questions. Amnésie, confusion, fabulation. Barré G. - Œdème papillaire bilatéral - Calcifications de la région frontale paramédiane D. postérieure à la radio.

Interv. : Os extrêmement mince, D.M. tendue, ponction 10 cc. liquide jaune puis hématique - Le gliome qui a envahi le cortex fait hernie, il n'y a pas de plan de clivage très net; lobectomie frontale D. à peu près typique; la partie sous-corticale est d'aspect hypermalin. Le gliome a envahi le corps calleux et paraît passer dans le lobe G. - Ablation d'une masse du vol. d'une orange paraissant suffisante pour assurer une bonne décompression (une certaine jovialité durant toute l'opération).

Ana. path. : Oligodendroblastome.

Suites : Excellentes - Pas de céphalées, de comitialité, état général parfait, F.O. normal - Radiothérapie.

Le malade, qui avait repris son travail en février 51, l'arrête en janvier 53; reste des heures sans travailler, perte de l'initiative, les ordres doivent être répétés, divague par moment.

Interv. après A° · Kyste antérieur avec une zone postérieure nettement tumorale. Excision partielle - Nouveau traitement radiothérapique - Persistance de tr. psych. très discrets.

Obs. 59 - J. Mis... - M. 63 ans - (5028) - Astroblastome frontal G.

Depuis sept. 49, état de fatigue ayant motivé un changement de

vie, avec depuis nov. : discrètes céphalées devenant peu à peu empêchantes, surtout frontales avec vomissements, troubles de la vue et somnolence - Gros affaiblissement mental, ayant abouti à une véritable démence avec apraxie et actes discordants (en particulier, le fait d'uriner n'importe où).

A.P. : Pléthorique sans éthylisme - R.A.S.

Ex. 14-2-50 : Etat de démence, exécute les ordres donnés quand ils sont simples, persévération des actes,. écholalie, bradypsychie - Examen très difficile - S.P. bilatérale.

V° : Enorme tumeur G. refoulant en arrière le corps du ventricule, le faisant passer sous la faux et amputant complètement la corne frontale.

Interv. : Ponction : quelques cc. de liquide - Résistance très variable - Masse gliomateuse peu homogène, très vascularisée, occupant tout le lobe frontal et préfrontal, semblant gagner vers la ligne médiane le corps calleux. Lobectomie frontale G. à peu près typique.

Ana. path. : Astroblastome - Certains territoires en nécrose complète.

Suites : Troubles mentaux inchangés, la famille reprend le malade.

Obs. 60 - *M. L...* - F. 48 ans - (53287) - Glioblastome kystique frontal gauche. (Obs. déjà publiée par M. le Dr Pauly.)

En quelques semaines, perturbations rapidement progressives de l'état mental, avec énorme ralentissement psychomoteur, sans signes d'H.I.C. Barré D.

A° : Thrombose de la carotide int. G. - Sympathectomie - Médications anti-coagulantes - Déficit aphasique augmente, monoparésie crurale, avec quelques crises B.J. D. puis hémiplégie D. complète. L'obnubilation intellectuelle est de plus en plus prononcée; la malade est sub-comateuse.

Nouvelle A° D. : Déplacement par une tumeur G.

Nouvelle A° G. : Disparition de l'image de thrombose - Mise en évidence d'une tumeur kystique frontale G. parfaitement visualisée.

Interv. : Volumineux kyste à parois gliomateuses, dont on peut cliver la partie antérieure.

Suites : Amélioration presque immédiate avec même un petit état d'excitation hypomaniaque. Régression de l'hémiplégie dans les 2 premiers jours.

Obs. 61 - A. Lac.... - M. 48 ans - (5358) - Glioblastome hétéromorphe fronto-calleux gauche.

Depuis 1 an, devient querelleur, irascible; mis sur le compte de l'éthylisme - Puis, à l'occasion d'une lymphangite de la main G., il y a 2 mois, apparition de céphalées, insomnies, caractère de plus en plus instable. Il y a 8 jours, somnolence, désintérêt de ses affaires, confusion mentale. Légère dysarthrie avec hémiparésie D. discrete, nausées, incontinence sphinctérienne.

A.P. : 2 traumastimes craniens, il y a 2 ans.

Ex. 16-12-52 : Malade somnolent, très enfoncé, ne répondant pas aux questions ou à côté - S.P. bilatérale, hémiparésie D.

A° : En faveur d'un gliome pré-frontal G.

Interv. : Résection d'un couvercle de cortex, ouverture d'un petit kyste, énucléation au doigt d'une tumeur assez mal limitée, surtout dans la profondeur, où elle paraît filer vers le corps calleux.

Ana. path. : Glioblastome hétéromorphe.

Suites : Assez agitées; récupération neuropsychiatrique.

Obs. 62 - J. Lat... - M. 63 ans - (52117) - Glioblastome frontal droit.

Céphalalgique ancien; depuis plusieurs mois, devient renfermé, bradypsychique - Mars 52, augmentation des céphalées, tr. de l'équilibre, crises comitiales généralisées nocturnes. Parésie G. variable - Avril 52 : même état - Début mai, troisième crise nocturne, grosse fatigue, se lève cependant encore - Tr. de la vue, incontinence d'urines.

Ex. 18-5-52 : Droitier - Bon état général - Sourd et confus - Incontinence d'urines - S.P. bilatérale, hémiparésie G. sans tr. des réflexes.

A° : Grosse tumeur frontale D. le corps calleux ne semble pas intéressé.
Interv. : Petit kyste, tumeur très hémorragique, partiellement énucléée et aspirée au suceur.
Suites immédiates : Bonnes.

Obs. 63 - H. Lau... - M. 36 ans - (4713) - Astroblastome frontal gauche (dégénérescence glioblastique).

2 crises comitiales nocturnes il y a 2 ans. Un traitement anticomitial arrête les crises; 6 mois plus tard, nouvelle crise; le malade avait arrêté son traitement. Il y a 2 mois, diplopie passagère, se reproduisant plusieurs fois dans la journée, avec tr. de la parole (il bredouille, ne peut exprimer les mots qu'il voudrait employer) - Baisse de la mémoire pour les faits récents - Fatigue de plus en plus grande, somnolence, le malade reste couché.
Ex. 22-2-47 : Pas de gros troubles neurol.
V° : Tumeur frontale G. ventriculaire avec hydrocéphalie D.; obstruction de trou de Monro.
Interv. : Crise comitiale pendant l'opération - Ablation d'une énorme tumeur gliale (une orange) dure, allant en-dedans jusqu'au ventricule et à la faux. Ablation incomplète.
Suites immédiates : Hémiparésie D. sans aphasie.

Obs. 64 - M. Rod... - F. 32 ans - (52295) - Astrocytome frontal droit.

Il y a 4 mois, perd son père - Etat dépressif - Il y a 1 mois, crise nocturne d'allure comitiale - Crise comitiale il y a 3 jours.
A.P. : Episodes de caractère migraineux.
Ex. 20-10-52 : Baisse de la mémoire, irritabilité, amaigrissement. Ex. neurol. et ophtalm. négatifs.
E.E.G. : Ondes delta temporales D.
A° et V° : Hydrocéphalie asymétrique; déplacement en masse vers la G.; le ventricule D. est dilaté et l'on voit bomber dans son plancher une masse de contours circulaires qui paraît être un kyste.
Interv. immédiate : Pas de kyste à la ponction - Lobectomie frontale; ce faisant, on trouve une masse centrale dure, correspon-

dant à la zone de cortex pathologique entourée de tissu cérébral ramolli presque liquéfié. Enucléation - Volume total d'un petit œuf de poule.

Ana. path. : Astrocyto-oligodendrocytome.

Suites : Très simples, malade tout à fait consciente, sans parésie — En avril 54, céphalées frontales (après un choc) - Absences quotidiennes - Ex. négatif.

En août 54 : tr. de l'équilibre, F.O. normal.

Ré-interv. : Cortex gliosique, kyste occupant toute la pointe du lobe préfrontal, résection en tissu soit néoplasique, soit cicatriciel représentant lobectomie frontale, passant à travers plusieurs cavités kystiques para-médianes (interv. assez hémorragique bien supportée).

Obs. 65 - A. Lau... - M. 52 ans - (4407) - Glioblastome partie antérieure corps calleux.

Céphalées depuis le 15 janvier; une semaine plus tard, épisode confusionnel après un repas - Garde des céphalées avec vomissements - Début février, nouvel épisode confusionnel.

A.P. : Caractère exécrable, surtout depuis 3 ou 4 ans.

Ex. 9-2-44 : Malade confus, stuporeux - Carphologie-Hémiparésie D. fruste - S.P. bilatérale.

Interv. : En-dedans vers la ligne médiane, à 5 cm. de profondeur, cavité de 5 cc. environ qui contient un liquide de gliome nécrobiosé. Excision d'une masse extrêmement friable, grisâtre, qui paraît occuper le corps calleux, au-dessus du 3e ventricule, et passer un peu du côté gauche. Après prélèvement de quelques fragments, elle est vidée au suceur. La malade, comateuse à la suite de la V°, ne sort pas du coma.

Obs. 66 - A. Jou... - M. 50 ans - (54274) - Gliome fronto calleux kystique.

Depuis q.q. jours, dérobement des jambes, céphalées, asthénie. Le malade a changé de caractère, reste indifférent à tout, taciturne, silencieux, irritable, surtout depuis 15 jours.

A.P. : Hypertendu, hépatique - A travaillé normalement comme couvreur jusqu'à il y a 15 jours.
Ex. 29-9-54 : Indifférent, confusion, état nauséeux - Vomissements, gâtisme. Légère parésie gauche probable - Température.
A° et V° : Tumeur fronto-calleuse G.
Interv. : Trous de trépan, kyste 30 cc., très profond, calleux.
Suites : Radiothérapie; les troubles persistent.

Obs. 67 - E. H... - M. 50 ans - (51205) - Glioblastome frontal gauche.
Depuis 3 mois, grande fatigue, amaigrissement, changement de caractère; il y a 3 semaines, à bout de forces, s'alite, avec céphalées, irritabilité, perte de la mémoire, sans état confusionnel, semble-t-il. Il y a 15 jours, légère aphasie, puis constitution progressive d'hémiplégie D. - Les troubles augmentent.
A.P. : 2 chutes nocturnes, avec amnésie, depuis 4 ans.
Ex. 30-10-51 : Aphasie et apraxie idéo-motrice - Grosse S.P. bilatérale - Hémiplégie D.
Interv. : Quelques petits kystes; dans la profondeur un kyste plus volumineux et une tumeur dont on prélève un fragment, l'ablation en masse étant impossible.
Ana. path. : Astroblastome tendant à évoluer vers un aspect de glioblastome.
Suites : Régression nette de l'hémiplégie et de l'aphasie - Complications pulmonaires infectieuses - Aggravation de l'état général; hémiplégie, aphasie.

Obs. 68 - M. Gar... - F. 60 ans - (51177) - Glioblastome isomorphe frontal gauche kystique (ouvert dans le ventricule).
Grippe, puis décès de sa mère, entraînent une importante lassitude en février. La fatigue persiste jusqu'en juillet, où la malade présente des céphalées rétro-orbitaires et des vomissements. Traitement hépatique inefficace - Perte de la mémoire de fixation; tr. de l'équilibre, perte de la volonté, ne prend plus aucune décision alors qu'elle avait un caractère autoritaire. Indifférence totale, alors qu'elle était une très grosse hypochondriaque anxieuse. Le

médecin signale des périodes de confusion mentale - Tr. de l'équilibre.

Ex. 25-9-51 : Euphorique, fabulation, fausses reconnaissances, amnésie de fixation - Ex. neurol. : R.A.S. F.O. : Normal - P.L. : Dissociation albumino-cytologique.

Vo : Kyste fronto-préfrontal G. commençant avec la corne frontale.

Interv. : Excision à minima d'un opercule : à 2 cm. de profondeur, cerveau ramolli au contact de la paroi du kyste qui peut être assez facilement clivé au doigt et énucléé.

Ana. path. : Glioblastome isomorphe.

Suites : Très simples, les troubles persistent au 8e jour.

Obs. 69 - L. Gro... - M. 35 ans - (4882) - Gliome kystique fronto-calleux droit.

Céphalées datant de 2 ans - Depuis 1 mois, amblyopie progressive sans tr. moteurs - Les céphalées sont plus violentes, surtout sus-orbitaires D. avec somnolence, vomissements, vertiges.

A.P. : Traumatisme cranien avec perte de connaissance, il y a 2 ans.

Ex. 29-1-48 : Malade obnubilé, confus, énurésique. Amnésie des faits récent; semble conserver, quand on peut fixer son attention, la mémoire des faits anciens - S.P. bilatérale - Pas de trouble moteur net.

Trépanoponction frontale G. : A bout de trocart, quelques gouttes d'un liquide hyper-albumineux.

Vo : Volumineuse tumeur fronto-calleuse D., obstruant les 2 trous de Monro et empêchant même l'injection du 3e ventricule.

Interv. : Décompressive, exploration.

Obs. 70 - L. Fay... - M. 58 ans - (5349) - Oligodendrocytome frontal droit.

Crises comitiales sub-intrantes, depuis une huitaine de jours.

A.P. : En 34, évidemment pétro-mastoïdien G., pour oto-mastoïdite.

Ex. 5-1-53 : Euphorie - Hypomanie - Astasie - Dysarthrie à caractère explosif; S.P. bilatérale.
Radio : Volumineuses calcifications frontales D.
E.E.G. : Foyer delta organique en frontale inférieure profonde.
Interv. : Tumeur gliomateuse, occupant tout le lobe préfrontal et la moitié ant. du lobe frontal. Vol. total d'une orange - Enucléation.
Ana. path. : Oligodendrocytome.
Suites : Après radiothérapie, amélioration — 4 mois après, garde encore quelques troubles mentaux, indifférence.

Obs. 71 - M. Esp... - M. 57 ans - (4418) - Glioblastome hétéromorphe frontal droit.

Céphalées, vomissements, constipation, il y a 2 mois - Ex. négatif, sauf bradycardie - L.C.R. non hypertendu avec dissociation albumino-cytologique - Atténuation de la symptomatologie de type méningée. Puis apparition de tr. psych. avec confusion mentale, euphorie, variables dans le temps - Tendance à la somnolence, amblyopie transitoire sans diplopie. Les tr. psych. persistent, très accusés.
Ex. 25-3-44 : Amaigrissement - Malade désorienté, euphorique, jovial, même un peu surexcité, serre la main à tout le monde - Tr. de la mémoire. Pas de tr. neurol. net - S.P. au début - Dissociation albumino-cytologique.
V° : Tumeur frontale D.
Interv. : Ponction liquide de gliome en voie de nécrobiose pseudo-kystique - Gros gliome très mou dont la plus grosse partie est aspirée.
Ana. path. : Glioblastome hétéromorphe.
Suites : Collapsus 9 heures après l'interv. Ré-animation sans effet.

Obs. 72 - L. Deg... - M. 46 ans - (51209) - Gliome kystique frontal droit (prérolandique).

Depuis quelques semaines, tr. passagers de la mémoire, obnubilation légère, indifférence - Depuis 8 jours, parésie G., aggravation des tr. mentaux - P.L. : alb. : 0 g. 40.

Ex. 24-11-51 : Obnubilation, incontinence, petits phénomènes excito-moteur du membre sup. G. - F.O. flou nasal D ? - A.V. et C.V. normaux - Hémiparésie G. avec Babinski.

A° : Tumeur frontale D. profonde.

Interv. : Résection tumeur molle très angioblastique et kystique - Ablation aussi complète que possible.

Suites : Aggravation brutale au 3e jour.

Obs. 73 - L. Gaz... - F. 57 ans - (52266) - Astroblasto-glioblastome frontal droit kystique.

Depuis 6 mois (?) fatigue générale, avec céphalées - Depuis 1 mois, désintérêt et erreurs assez grossières dans son travail - Ex. ophtalm. 15 jours avant, entièrement normal.

A.P. : Très difficiles à obtenir, vu le psychisme.

Ex. 20-12-52 : Somnolence, bradypsychie - Eclate en sanglots sans raison apparente - Parésie G. avec Babinski, S.P. bilatérale - Gâtisme (a fait une crise comitiale dans la matinée).

A° D. : Fausse image de thrombose au-dessus du siphon (la veille, injection para-artérielle).

V° : Grosse tumeur frontale D.

Interv. : Vers le corps calleux, tumeur gliale, enlevée au suceur, où on trouve un kyste hématique; l'ensemble étant du volume d'un petit œuf - On complète par une lobectomie frontale.

Ana. path. : Astroblastome avec territoires astrocytaires et d'autres glioblastiques.

Suites : 3 mois après, malade toujours alitée, ayant des douleurs de type thalamique.

Obs. 74 - M.-L. Cha... - F. 48 ans - (5050) - Astroblastome fronto-calleux.

Bien portante jusqu'à il y a 8 jours - Céphalées, malaises - Episodes confusionnels - Vomissements.

Ex. 18-4-50 : Instabilité psychomotrice, logorrhée, euphorie, bâillements - Fabulation - Hémiparésie G. avec Babinski - S.P. bilatérale - Ex. difficile (un certain degré de suggestibilité et de persévération des réponses).

A° et V° : Tumeur frontale D. profonde obstruant le trou de Monro.
Interv. : A 4 cm. de profondeur, région pathologique avec aspect de gliome nécrotique, il est enlevé au suceur jusqu'assez loin en arrière - On voit au fond de l'entonnoir, une paroi lisse, sans doute celle du 3e ventricule, le gliome ayant envahi le corps calleux.
Suites : Collapsus, décès.

Obs. 75 - M. Caz... - M. 53 ans - (4625) - Gliome frontal gauche.
Céphalées intermittentes et affaiblissement progressif depuis janvier - Depuis plusieurs semaines, hypersomnie voisine du coma, incontinence, Babinski bilatéral, Barré D. sans S.P.
A.P. : Sinusite frontale - Tr. de la mémoire, changement du caractère (le malade, déjà de tempérament autoritaire, devient plus désagrable pour son entourage).
Ex. 9-7-46 : Obnubilation sans coma. Parésie faciale D.; S.P. D. - Raideur de la nuque, Babinski bilatéral. Le lendemain, coma - P.L. : Liquide peu tendu, xanthochromique - Etat stationnaire.
Interv. : 2 trous frontaux : à G. : collection chocolat, puis franchement hématique, avec débris de substance cérébroïde; à D. : hydrocéphalie.
Suites : Amélioration progressive, pendant 6 jours - Aggravation brutale avec hyperthermie.

Obs. 76 - G. Bru... - F. 54 ans - (54228) - Astrocytome préfronto-calleux droit.
En 1945, première crise comitiale, les crises régressent au traitement - Depuis 2 ans, troubles progressifs de la marche, à type de lourdeur des membres inférieurs; depuis 6 mois, marche impossible, malgré appui - Il y a 5 mois, perte du beau-frère : la malade est retrouvée par son mari au lit, désemparée.
A.P. : Nombreuses otites - Appendicectomie et hernie D. à 31 ans.
Ex. 22-7-54 : S.P. - Tr. de la mémoire.
E.E.G. : Delta fronto-temporal D.
A° : Tumeur frontale D. très antérieure.
Interv. : Région inf. para-sagittale avasculaire, manifestement

tumorale; on la sépare du reste du cortex; on voit que la tumeur file vers la profondeur, mais en restant toujours para-sagittale. On fait alors une lobectomie frontale D. poursuivant la tumeur dans la région péri-calleuse.

Suites : Bonnes.

Obs. 77 - *H. Dob...* - M. 59 ans - (5051) - Gliome du 3e ventricule sous-frontal.

Il y a 3 ans, tr. mentaux qui font renvoyer le malade de plusieurs entreprises - Perte de mémoire - Inconscience - Mène depuis lors une vie presque végétative, fumant baucoup, indifférent à tout; il chantonne constamment, danse et se met parfois en colère. Depuis quelques temps, baisse de la vision G.

A.P. : En 44, accident avec commotion cérébrale.

Ex. 24-4-53 : Amaurose G. - Anosmie - Parésie faciale D.

Vo : Amputation des 2 cornes frontales - F.O. : Normal à D.; atrophie optique à bords nets à G.

Interv. : Résection du lobe frontal D. - Kyste occupant la région pré et sus-chiasmatique, en arrière de lui, tumeur friable et suçable, d'aspect malin, semblant provenir du corps calleux. Prélèvement histologique.

Suites : Agitation, hyperthermie.

Obs. 78 - J. Bo... - F. 57 ans - (53110) - Gliome kystique fronto-calleux droit.

Indifférence dans son travail, avec nombreuses erreurs contrastant avec l'aspect scrupuleux de la malade, mises au début sur le compte de difficultés familiales; nombreuses erreurs ménagères aussi, que la malade prend en riant - Asthénie progressive, arrêt du travail, repos. Tr. de la mémoire, puis hémiplégie D. passagère avec absences comitiales - Indifférence - Incontinence d'urines.

Ex. 2-5-53 : Indifférence, sans désorientation au moment de l'ex. Pas de déficit moteur net - Apraxie ? - Parésie faciale D. ? - F.O. : Léger œdème nasal D. et G.

Ao : Grosse tumeur fronto-calleuse avec peut-être un kyste,

Interv. : Volontairement limitée, en raison de l'âge et des troubles mentaux - Evacuation par trépano-ponction d'un très volumineux kyste à contenu typique, de siège paramédian, vol. d'une mandarine.

Suites immédiates : Très grosse amélioration physique et psych.

Obs. 79 - L. Bri... - F. 56 ans - (53273) - Gliome frontal droit (lobe orbitaire).

Depuis 15 jours, asthénie, céphalées - Depuis 8 jours, somnolence, confusion - Déficit progressif, du côté G.

A.P. : Céphalées anciennes - Soignée pour crises « d'insuffisance cardiaque », en réalité, douleurs de l'hypochondre G. avec fourmillements du membre sup. - Père décédé de tumeur frontale.

Ex. 22-10-53 : Malade très confuse - Déshydratée, gâteuse - Mouvements carphologiques.

Interv. d'urgence (après Aº) : Malade comateuse - Tumeur gliomateuse énucléée au doigt, allant jusqu'à la pointe du lobe temporal. La tumeur occupe la partie postéro-externe du lobe orbitaire. On complète par une lobectomie.

Suites : Hyperthermie.

Obs. 80 - H. Bel... - M. 45 ans - (49101) - Astroblasto-glioblastome frontal gauche.

Depuis 3 mois, céphalées, vomissements - Baisse de l'A.V., insouciance.

Ex. 15-9-49 : Bradypsychie, gros tr. de l'attention et de la mémoire - Fausses reconnaissances - Pas de tr. aphasiques nets - Parésie faciale D. Barré D.

Vº : Néoplasie frontale G.

Obs. 81 - R. Bes... - M. 33 ans - (4951) - Astrocyto-astroblastome fronto-calleux droit.

En janv., asthénie physique et intellectuelle, céphalées, vomissements : Traité pour tr. hépatiques, reste hypotendu - Depuis 2-3 mois, céphalées empêchantes, asthénie psychique et sexuelle.

Baisse de la vision, incontinence d'urines, constipation, maladresses, tremblements - Le malade devient surtout indifférent - Depuis 1 mois, aggravation : tr. de la marche, tr. de l'articulation des mots, qu'on ne retrouve pas à l'ex.

Ex. 9-7-49 : Malade très amaigri, faciès sans expression, bradypsychie, les réponses semblent cependant correctes. Un certain achoppement des mots, sans véritable dysarthrie. Enorme S.P., dysmétrie bilatérale, plus nette à G. Incontinence d'urines.

Interv. (après V°) : Gliome frontal D. débordant légèrement sur la ligne médiane - Présence d'un kyste, énucléation partielle.

Ana. path. : Astrocyto-astroblastome giganto-cellulaire.

Suites : Pas de tr. moteurs ni de la parole - Conserve des tr. psych. Quelques hallucinations (présence d'ombres autour de lui) de type visuel mais aussi auditif - Préoccupations hypochondriaques, obnubilation, légère désorientation. Radiothérapie - Amélioration psychique.

Obs. 82 - C. Bor... - F. 50 ans - (4710) - Glioblastome fronto-isomorphe postérieur droit.

Il y a 8 jours, asymétrie de la face d'origine faciale G. périphérique - Depuis hier, gêne à la mobilisation active du membre supérieur D. Anarthrie.

Ex. 5-1-47 : Diparésie faciale prédominant à D. - Diminution de la motricité du membre sup. D. - Dysarthrie très marquée; à l'hyperpnée, trépidations épileptoïdes surtout faciales, et du membre sup. D. - Pas de perte de connaissance; F.O. : Normal.

Ex. 6-2-47 : Tr. de la mémoire, céphalées, bâillements - L'état général s'est aggravé; on a une diminution rapide de l'attention, somnolence de plus en plus grande, langage informe. F.O. léger flou papillaire.

V° : Tumeur de l'hémisphère D. écrasant la partie moyenne du ventricule latéral, qui est refoulé vers la G.

Interv. : Ponction négative, incision du cortex pré-rolandique, à 3 cm. de profondeur, tumeur grosse prune, bourgeonnante, molle,

un peu hémorragique. Résection de quelques fragments, le reste est aspiré.

Ana. path. : Glioblastome isomorphe.

Obs. 83 - E. Aub... - M. 37 ans - (53170) - Astroblasto-glioblastome fronto-calleux.

Etat de mal comitial, reste dans un état de prostation, d'obtusion intellectuelle la plus complète - Papilles à bords flous.

A.P. : Epilepsie depuis 3 ans - Rythme très variable, caractère assez difficile en temps normal - Colères très faciles.

Ex. 27-6-53 : Malade calme, indifférent à l'entourage - dont il est très difficile de fixer l'attention - Désorientation, fabulation. Hémiparésie G. ?

Interv. (après A°) : Tumeur gliomateuse, affleurant le cortex parasagittal, gagnant la face interne du lobe frontal opposé - Il persiste un doute sur la région du corps calleux.

Ana. path. : Territoires glioblastiques, d'autres plus différenciés.

Suites : Radiothérapie : atténuation des tr. psych. - Rechute avril 54, par des troubles mentaux.

Obs. 84 - P. Fon... - M. 35 ans - (56) - Glioblastome fronto-orbitaire postérieur droit kystique.

Début il y a 3 semaines; céphalées prédominant sus-orbitaires D. Le malade se couche, pensant à une grippe avec sinusite (apyrexie). Puis angine traitée par antibiotiques. Les céphalées persistent avec anorexie.

A.P. : Ablation d'un cornet — Vers 1945, traumatisme cranien - En 1950, névralgies occipitales traitées par infiltrations.

Ex. 21-2-56 : Le malade, qui fut toute sa vie hyperactif, a été depuis le début de sa maladie, bradykinétique, asthénique Actuellement, il est euphorique faisant des jeux de mots - Barré D. - Œdème papillaire.

E.E.G. : Delta polymorphe fronto-préfrontal D. diffusant vers l'hémisphère opposé. Atteinte du corps calleux ?

Interv. : Ablation partielle.

Ana. path. : Glioblastome à tendance giganto-cellulaire.

Suites : Simples; après radiothérapie, récupération inespérée psych. et ophtal. - Est tout à fait bien 3 mois après.

Obs. 85 - D. Ber... - M. 52 ans - (56) - Gliome frontal droit profond.

Céphalees depuis une semaine ? Les céphalées augmentent avec état syncopal, épisodes de somnolence et de sub-coma. Aurait eu quelques secousses cloniques du membre sup. G.

A.P. : Hystérectomie sub-totale, il y a 3 ans.

Ex. 17-12-55 : Obnubilation qui a bien réagi au sulfate de magnésie. Baisse de l'A.V. qui daterait d'un mois - Céphalées paroxystiques. Barré G. discret - F.O. S.P. bilatérale G. > D.

E.E.G. : Foyer delta en frontal D.

A° : De profil, très discret tassement vers le bas de l'origine des groupes sylviens; de face, asymétrie du crâne, pas de déplacement net de la cérébrale antérieure - Le lendemain, malade parfaitement réveillé et conscient. Encéphalite ?

V° : Ventricule peu tendu, déplacement important du système ventriculaire vers la G., surtout dans sa partie ant. - L.C.R. : 0 g. 50 d'alb.

Interv. : Tumeur dont la périphérie est assez dure, le centre étant nécrotique. Enucléation partielle au doigt, complétée au suceur. La tumeur fait dans la profondeur vers les noyaux gris.

Ana. path. : Glioblastome hétéromorphe.

Suites immédiates : Bonnes.

Obs. 86 - M. Lep... - M. 54 ans - (4[illegible]8) - Glioblastome fronto-calleux gauche.

Depuis janvier, crises B.J. D. sans perte de connaissance, au début, mensuelles, puis de plus en plus fréquentes; installation d'une hémiparésie D. - Arrêt du travail. Céphalées, insomnies. Depuis 2 mois, gêne pour l'articulation des mots.

A.P. : Ethylique, tousseur, cracheur.

Ex. 20-6-49 : Hémiplégie D. spasmodique - F.O. S.P

Interv. (après V°) : Ponction de la tumeur, crise B.J. à début crural.

Suites : Hyperthermie.

Obs. 87 - M. Ver... - F. 57 ans - (5569) - Glioblastome fronto-temporal droit kystique.

Malade hémiplégique, pour laquelle une encéphalographie gazeuse fut faite. Elle montra une hydrocéphalie avec un défaut accentué de réplétion du ventricule D. notamment les cornes antérieures.

A.P. : Il y a 10 ans, traumatisme cranien important.

Ex. 27-2-55 : Malade dans le coma avec S.P. bilatérale.

A° : Enorme tumeur frontale D. en grande partie avasculaire.

Interv. : Gliome qui affleure le cortex sur une surface d'une pièce de 5 frs; la tumeur s'enfonce, on trouve un gros kyste à contenu hématique, para-ventriculaire, la tumeur franchit la vallée sylvienne. La malade est sortie du coma dès que la tumeur a été enlevée.

Ana. path. : Glioblastome hétéromorphe.

Obs. 88 - G. Car... - M. 26 ans - (4630) - Oligodendrocytome calcifié frontal gauche.

Fin mai, crise épileptique sans convulsion au cours de son travail qu'il peut, d'ailleurs, reprendre. 3 semaines après, nouvelle crise. Ex. alors négatif. Mis en traitement anti-comitial. Quelques phénomènes à type de fourmillement dans le côté D., sans perte de connaissance, ni diminution de forces, se renouvelant plusieurs fois par jour. Depuis 8 jours, céphalées frontales surtout G. avec vomissements post-prandiaux et nausées fréquentes..

Ex. 5-8-46. : Pas d'indication de tr. psych. Ex. neurol négatif - Léger flou péri-papillaire au F.O. - Parésie faciale D. dans la mimique.

Radio : Calcifications frontales G.

Interv. : Cerveau non tendu. A 4 cm. de profondeur, gros kyste

dont on évacue 50 cc. Exploration : à la partie postéro-antérieure, amas de bouillie calcaire; ablation la plus complète possible.
Ana. path. : Oligodendrocytome.
Suites : Bonnes - Après radiothérapie, état absolument normal à tous points de vue — Décembre 1946, crise comitiale; reprise de la radiothérapie; plus de crise jusqu'en novembre 48 (nouvelle radiothérapie pour céphalées et hyperréflectivité diffuse en juillet 48).

Obs. 89 - P. Sag... - M. 34 ans (4529) - Gliome malin prérolandique droit kystique.

Juin 40, renversé par le souffle d'une explosion, commotion cranienne grave sans perte de connaissance, mais fracture du nez, par enfoncement du casque. 15 jours après, début des céphalées, qui surviennent par crises, avec une certaine raideur de la nuque - Octobre 40 : première crise comitiale généralisée. Les crises vont se renouveler avec toujours céphalées et raideur de la nuque paroxystiques - En 1942, ex. entièrement négatif. Le traitement comitial donne une amélioration très nette, qui se poursuit jusqu'en fin 43 - Décembre 43, nouvelles crises comitiales qui vont se répéter. Depuis 2 mois, baisse de la vision des deux yeux et aggravation de la situation.
Ex. 28-8-45 : Bon état général; paraît souffrir beaucoup, pas de vomissements - Raideur de la nuque. S.P. bilatérale. Hémiparésie G.
Radio : Masse calcifiée.
I° : Alb. : 0 g. 95.
Ana. path. : Tumeur située aux frontières de l'astroblastome et du glioblastome (examen de fragment cérébral et du fond du kyste).
Suites : Bonnes - Radiothérapie. — En avril 48, quelques phénomènes B.J. F.O. : Décoloration de la papille. Ex. négatif.
Novembre 48 : Céphalées, monoplégie membre sup. G., F.O. œdème papillaire bilatéral prédominance D.
Ré-intervention : Enucléation volume d'une grosse mandarine dans la région prérolandique. L'opéré a été pendant toute l'intervention d'une loquacité extrême.

Ana path : Aspect analogue : glioblastome, peut-être point de départ oligodendrocytaire.

Obs. 90 - F. Rou... - F. 52 ans - (5035) - Tumeur du corps calleux.

Depuis Noël, changement du comportement; passe des moments où on a l'impression qu'elle est dans le vague. Le travail toujours satisfaisant autrefois, laisse beaucoup à désirer. Depuis un mois, céphalées, somnolence avec depuis 8 jours incontinence - Indifférence.

A.P. : Surdi-mutité.

Ex. 2-3-50 : Hyperréflexie avec Babinski G. (non retrouvé à un ex. ultérieur). Syndrome alexique fruste avec élargissement du polygone de sustentation. Pas de syndrome déficitaire. F.O. : Normal.

Obs. 91 - H. Bar... M. 59 ans - (5596) - Oligodendrocytome-glioblastome fronto-calleux droit.

Céphalées fronto-occipitales depuis 4-5 mois, survenant par crises surtout nocturnes. Insomnies - Baisse de la vue d'apparition récente avec éclipses importantes. Arrêt du travail il y a 15 jours.

A.P. : Une chute de moto cet hiver (avant le début des céphalées) sans traumatisme cranien ?

Ex. 31-5-55 : F.O. : Normal - Pas de déficit.

A° : Tumeur frontale calcifiée entraînant un déplacement minime.

Interv. : Ponction liquide citrin hyperalbumineux assez typique, cortex nettement pathologique à la pointe du lobe frontal, dans la région para-médiane où il existe une calcification - Lobectomie frontale qui mène en plein tissu néoplasique jusqu'au kyste situé assez profondément; la tumeur s'étend essentiellement à la face interne et atteint le genou du corp calleux. Ablation volume d'une petite orange, partielle.

Ana path : Production tumorale d'origine oligodendrocytaire, avec territoires indiquant une transformation glioblastomateuse.

Suites immédiates : Pas de déficit moteur - Conscience bonne.

Obs. 92 - M. B... - F. 46 ans (5589) - Oligendrocytome fronto-calleux.

Depuis un an et demi, crises caractérisées par une aura à symptomaltologie végétative de brève durée - Gêne thoracique G. précordiale, puis sensation d'odeur désagréable, suivie soit d'un équivalent avec automatisme, soit d'une crise généralisée, surtout depuis septembre 54, quelquefois dysarthrie post-critique.

A consulté de très nombreux médecins, en particuliers cardiologues. N'a jamais suivi de traitement anti-comitial - Etait considérée comme « psychopathe ».

E.E.G. : Les oscillations les plus polymorphes s'inscrivent au niveau du lobe temporal G. surtout au niveau de la pointe, et un peu en arrière de celle-ci.

A.P. : Traumatisme en 45, fractures de côtes et clavicule.

Ex. 24-5-55 : A été améliorée par le traitement anti-comitial.

Ex neurol négatif (sauf un Barré D.) F.O. : Normal - C.V. : Normal au doigt. Serait une gauchère vraie.

A° : Déplacement frontal - Calcifications.

Interv. : Lobectomie frontale assez large, le cortex est tout à fait pathologique dans la région para-sagittale - Ablation de tout le lobe frontal occupé par une masse néoplasique calcifiée par place, et qui est enlevée pour ses 2/3 antérieurs - Ablation partielle.

Suites immédiates : Simples.

Obs. 93 - B. VI... - F. 26 ans (4425) - Astrocytome frontal droit,

Février 44, douleurs de la nuque - Mars : Amblyopie progressive et rapide, surtout de l'œil D. Ex. ophtal. : Pas de stase alors - Traitement par Acécholine - Amélioration passagère, puis cécité complète D. avec baisse encore plus nette de la vision G. - En même temps que ces troubles, céphalées et depuis 1 mois, vomissements, tendance à la somnolence, ralentissement du courant de la pensée, fatigabilité.

Ex. 10-6-44 : Amaigrissement de 8 kilos en 2 mois - Parésie du VI D. avec légère exophtalmie D. S.P. surtout D. avec rétinite - Barré G. - Tous les réflexes sont vifs des 2 côtés.

Inter. : Gros kyste 20 cc - Tumeur antéro-externe, facilement clivée, avec au-dessous d'elle le kyste à parois lisses dans lequel fait saillie la corne frontale du ventricule. Volume de la tumeur : œuf de poule.

Ana path. : Astrocytome.

Suites : Collapsus - Dans les jours suivants, épanchement de L.C.R. dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Mai 45 : Parfaitement bien jusqu'à il y a 3 semaines environ. Retour des céphalées, hémiparésie G., baisse de l'A.V., bradypsychie, soulèvement du volet. Papilles atrophiées, sans stase surajoutée.

Ré-interv. : 2 crises B.J.G. - Ablation en plusieurs gros fragments de tout le lobe frontal. Volume d'une orange.

Ana. path. : L'aspect de cette tumeur est très différent de celle examinée précédemment; on y trouve des cellules oligodendrocytaires, des astroblastes. Diagnostic : astroblastome, sans qu'on puisse parler de glioblastome.

Suites : Bonnes.

Obs. 94 F. Thi... - M. 48 ans (5029) - Glioblastome fronto-sylvien D. Depuis 1 mois, tr. de la vue, céphalées, sans vomissement, quelques phénomènes à type de sensation d'engourdissement du membre sup. D. et de diplopie.

Ex. 2-3-50 : Malade tout à fait présent, pas de tr. mentaux ni de tr. nets de l'équilibre. Grasset-Gaussel G. - Grosse S.P. bilatérale D. > G.

Vo : Tumeur frontale D. mais assez basse et postérieure.

Interv. : Gliome affleurant la corticalité très facilement clivable sur la lèvre supérieure de la scissure de Sylvius - Volume œuf de poule (33 grammes).

Suites : Septembre 50 : F.O. : Normal - Quelques secousses B.J. membre sup. G. - Fatigabilité. — Septembre 51 : Ex. neurol. et ophtal. normal - Aurait eu 3 crises de type sensitif G., sans chute, céphalée, ni morsure de la langue.

Obs. 95 - M. Ray... - F. 46 ans - (49143) - Glioblastome kystique frontal gauche.

Sub-coma, avec semble-t-il, aphasie - Hémiparésie D. proportionnelle sans Babinsi; S. P. bilatérale surtout D.

Inter... : Trou frontal G. : Kyste du volume d'une prune.

Interv. 22-11-49 : Masse néoplastique affleurant le cortex, surface pièce de 5 francs, nettement séparée du cortex sain; énucléation de la partie supérieure; on retrouve le kyste, et on continue l'ablation.

Ana. path. : Glioblastome hétéromorphe (territoires nécrotiques).

Suites immédiates : Bonnes.

Obs. 96 - R. Ram... - F. 30 a, (4638) - Glioblastome frontal bilatéral,

En 41, appendicectomie et ovariectomie - Depuis, céphalées quotidiennes avec épisodes paroxystiques où la malade arrête le travail. Quelques vomissements avec effort - Depuis 3 mois, céphalées, insomnies, vomissements plus fréquents, avec impression de brouillard devant les yeux - Toujours quelques vomissements, q.q. phénomènes de type vertigineux - Traitée pour glycosurie par diététique - Amélioration passagère. Il y a 1 mois, accentuation de la baisse de la vue.

Ex. 9-10-46 : Hémiparésie faciale D. - Anosmie double. Membre RAS. Fo : Hydrocéphalie bilatérale symétrique légère - 3e ventricule injecté et médian - Abaissement considérable des deux cornes frontales qui ne sont pas écartées.

Interv. : Bordant le bord interne de lobe frontal D., et s'enfonçant le long de la faux, zone d'apparence gliomateuse de la surface d'une pièce de 1 franc - Résection du quart antérieur de la faux et du sinus longitudinal - Toute la face interne du lobe frontal G. est envahie également par la tumeur (vol. d'un gros œuf de poule de chaque côté); tumeur molle diffluente, en voie de dégénérescence kystique par endroits - Aspiration et coagulation.

Ana. path. : Glioblastome hétéromorphe.

Suites : La cécité visuelle persiste totale. Radiothérapie.

Obs. 97 - L. Pou.., - M. 55 ans (5555) - Glioblastome isomorphe frontal droit.

Depuis quelques jours, hémiparésie G. avec céphalées, vertiges - Hypertension alors - Un traitement à visée vasculaire n'a pas apporté de modification.

Interv. 2-2-55 : (Après Aº) : Exérèse. Très volumineux gliome prérolandique D.

Ana. path. : Glioblastome isomorphe.

Suites : Magnifique rétablissement, malgré l'âge. Radiothérapie. — En août : F.O. : Normal; état satisfaisant; petit déficit du membre sup. G. au point de vue strictement moteur; il semble qu'il s'agit plutôt d'apraxie. (Peut-être q.q. phénomènes excito-moteurs du M. sup.) — En septembre : déficit a gagné la jambe à G. (gêne à la marche). Crise épileptoïdes du côté G., sans perte de connaissance. F.O. : Normal - Parésie G. - Aº : Pas de vascularisation pathologique - Déplacements vasculaires presque nuls - Suspicion de récidive infiltrante - Le malade est mis à la radiothérapie. Après celui-ci, malade en parfait état, gardant un léger déficit du membre supérieur gauche.

Obs. 98 - Jean Pac... - M. 39 ans (5479) - Astroblastome kystique fronto-calleux gauche.

Octobre 53, en tournée, « coup de massue », redresse à temps, Depuis cette époque céphalées en casque - Début novembre, sensation de perte de l'équilibre, fatigue, dépression, puis apparaissent des vomissements, perte de conscience, aphasie, déficit D., traité par sulfate de magnésie : reprise de la conscience, céphalées G. (les vomissements soulagent le céphalées).

Ex. 1-12-53 : Droitier - Hoquet fréquent. Constipation. Supporte mal le mouvement qui augmente les céphalées. Actuellement aucun déficit pyramidal mai tr. de la série aphasique du type anomie. A.V. et C.V. : normaux - Flou nasal gauche ?

Radio : Lacune frontale D. - Le lendemain, crise généralisée à début B.J. droit.

Aº : Tumeur frontale peu vascularisée, vraisemblablement kystique.

Interv. : A 2 cm. : ponction d'un kyste, ouverture du cortex, découverte de la tumeur et d'un autre kyste, beaucoup plus important que le premier. Ablation de proche en proche, la paroi du kyste file profondément vers le corps calleux. Ablation partielle.

Obs. 99 - M. Pla... - M. 43 ans - (49144) - Glioblastome kystiqué frontal gauche.

En avril 48, chute : on conclut à une crise d'épilepsie (Angoisse, phase tonico-clonique, perte de conscience.) Ces crises se sont renouvelées à peu près tous les 2 mois. Depuis février 49, céphalées violentes durant quelques minutes. Depuis 2 mois, perte de la mémoire et de l'attention, instabilité dans la position debout, baillements fréquents. Depuis 15 jours, céphalées frontales presque continues.

Ex. 17-11-49 : Malade obnubilé, fixant mal son attention. Hémiparésie D. légère sans Babinski - S.P. bilatérale.

E.E.G. : Néo-formation frontale G. postérieure plus basse que haute, avec réaction rolando-temporale G. : néo-évolutif, avec atteinte sous-corticale.

Interv. (après Vo) : gliome kystique frontal G.

Obs. 100 - A. Pou... - M. 44 ans (4618) - Gliome kystique frontal droit.

Bien portant jusqu'à il y a 3 semaines. Depuis, céphalées avec quelques vomissements, peut-être légère parésie G. Depuis 3 jours, légère raideur de la nuque. Aucun changement de caractère.

A.P. : Septicémie après plaie, il y a 15 ans - Furonculose.

Ex. 2-5-46 : Malade lucide, bien orienté, répondant bien. Anosmie bilatérale paraissant ancienne. Œdème papillaire bilatéral. Parésie faciale G. à type central. Diminution de la force de préhension de la main G. sans aucun autre signe.

Vo : Tumeur frontale D. oblitérant le trou de Monro.

Interv. : A 4 cm. de profondeur, kyste qui parait très volumineux, à parois un peu irrégulières, et qui file en arrière, vers la région

temporale. Prélèvement d'un fragment de la paroi après évacuation du kyste.

Suites : Bonnes - Septembre 46 : Récidive - Radiothérapie.

Obs. 101. - *R. Oli...* - F. 47 ans - (53244) - Astrocytome fronto-calleux droit.

Vomissements et état dépressif le lendemain d'une incision du maxillaire supérieur D. pour abcès à point de départ dentaire. Un mois plus tard, céphalées, nausées, photophobie et alitement. Pas de déficit subjectif ni de perte de conscience.

Ex. 3-7-53 : Très consciente, céphalées D. - Ex. neurol. négatif, sauf très léger déficit facial G. dans la mimique avec discret Barré G. Léger flou papillaire D.

A° : Tumeur frontale D.

Interv. : Pas de kyste à la ponction - On pratique une lobectomie frontale D. Dans la région pré-frontale para-sagittale D. tumeur limitée peut être circonscrite à l'électro, puis énucléée au doigt. La tumeur est poursuivie au-delà de la ligne médiane car elle semble bien avoir envahi le genou du corps calleux.

Ana. path. . Astrocytome.

Suites immédiates : Simples; malade soulagé de ses céphalées.

En novembre 53 : Parfaite depuis l'opération, sauf une arthrite scapulo-humérale D. pour laquelle elle a subi 10 séances radiothérapiques. Depuis 15 jours céphalées, vomissements, troubles oculaires et surtout, syndrome confusionnel important. — Ex. : Cécité quasi-complète, (lisait il y a 15 jours) - Malade fatigué avec gros syndrome confusionnel, S.P. bilatérale.

Ré.-interv. : Récidive occupant tout le lobe frontal D. et la face interne du lobe frontal G.

Ana. path. : Nombreuses calcifications - Tumeur du type astrocyto-astroblastique, avec réaction marquée du tissu conjonctif.

Obs. 102 - A. Ne... - M. 43 ans (4895) - Gliome fronto-rolandique profond droit.

Avril 43, céphalées qui vont augmenter. Reste 15 jours anorexique

et insomniaque. — Mai 48 : Œdème papillaire peu précis traité par solution hypertonique et ponction lombaire. Amélioration — 1 mois après, céphalées, vomissements de type cérébral, baisse de la vision. Nouvelle P.L. - Légère réaction cellulaire et hyperalbuminorachie. Les solutions hypertoniques améliorent la vision. Persistance des vomissements.

Ex. 24-6-48 : Assez bon état général - Hémiplégie G. avec Babinski, astasie - A.D., grosse S.P.; à G., myosis.

Interv. - :Gliome-Décompressive.

Obs. 103 - M. Mol.. - F. 62 ans - (54295) - T.C. calloso-frontale G.

Depuis deux mois et demi, fautes professionnelles légères (confusion) - Il y a 3 semaines, tr. digestifs bizarres, très atypiques. Il y a 15 jours, arrêt du travail, fantaisies d'achats ménagers (pseudo P.G.)

Ex. 16-10-54 : Tr. mentaux importants : Indifférence - Euphorie - Doit-être alimentée. Aucun signe d'H.I.C. - P.L. normale - Devient incontinente et gâteuse.

Aº : Tumeur fronto-calleuse G. profonde - Pour laquelle on n'ose intervenir.

Obs. 104 - A. Mor... - M. 45 ans - (5378) - Astroblasto-glioblastome fronto-calleux droit.

Céphalées remontant à 2 mois à peine avec quelques vomissements. Hémiplégie G. apparue en 15 jours. Léger œdème du F.O. surtout D.

Aº D. - 16-12-52 : 2 grosses images pathologiques : a) frontale post. taille d'une mandarine - b) sylvienne moyenne, même taille, réunies par un pont - Au total masse diffuse mal limitée étendue à la moitié de la coupe de l'hémisphère.

Interv. : Tumeur violacée dont on énuclée au doigt la région ant. La tumeur a envahi manifestement la région plus post. et le corps calleux. Lobectomie presque classique.

Ana. path. : Astroblasto-glioblastome.

Suites : Assez tumultueuses (la tumeur était très angioblatique).

Hémiplégie post-opératoire. Après radiothérapie, récupération à peu près complète de l'hémiplégie, dont il ne persiste plus qu'une discrète parésie faciale — Avril 53 : Récidive.

Obs. 105 - J. Mor... - M. 66 ans - (5020) - Glioblastome sous-frontal droit (lobe orbitaire)

Ralentissement psychique sans confusion - Depuis une quinzaine de jours, avec « tournements de tête », et 2 fois, incontinence urinaire - P.L. : Alb. : 3 gr. avec réaction cytologique.

Ex. : 7-2-53 : Droitier. Assez présent, mais un peu ralenti. Pas de dysarthrie ni d'aphasie évidente. F. O. : œdème papillaire G. avec énorme S. P. D. sans tr. de l'A. V. ni du C. V - Enorme astasie, avec barré D.

Vo : Très discrète déviation vers le G.; les cornes frontales sont abaissées et aplaties.

Interv. : Trou temporal, pas d'hématome sous-duremérien. Volet frontal D. pas de kyste à la ponction. — Lobectomie : on tombe sur un kyste du vol. d'une petite noix, paramédian, en plein lobe.

Obs. 106 - L. Lon.. - M. 58 ans - (54366) - Glioblastome fronto-temporal droit.

Décembre 52 : crises comitales - Février 53 : 2 à 3 crises. En avril : examen neurol. et ophtalm. négatif. E. E. G : Comitialité diffuse - Mis au traitement anti-comitial; n'a plus de crise jusqu'en juin 54 (pas d'écart de traitement) - Parésie G. > D. - tr. de l'équilibre, nausées, onirisme.

A. P. : Colonial : dysenterie, paludisme. Remarié.

Ex. : 7-12-54 : Bon état général - A plutôt tendance à engraisser. Baisse de la vision. C V. : Normal, S P bilatérale D > G. Ex. neurol. déficit G plus marqué au membre inf.

Ao : Grosse tumeur frontale D (vascularisation pathologique).

Interv. : Très hémorragique (pas d'hypotension en raison de l'âge) - Tumeur de type gliomateux, affleurant le cortex, occupant presque les 2/3 antéro-ext. du lobe frontal franchissant la vallée

sylvienne et ayant envahi toute la pointe du lobe temporal. Enucléation macroscopique satisfaisante. P. 140 gr.

Ana. path. : Certains territoires astroblastiques, d'autres glioblastiques prédominants.

Suites : Simples avec disparition immédiate des tr. mentaux, récupération totale au 3e jour de l'hémiparésie G. - Janvier 55 : Ré-interv. pour suppuration persistante avec état méningé très préoccupant.

Obs. 107. P. Las... - M. (54168) - Gliome (kystique) fronto-calleux D.

Ralentissement idéo-moteur progressif avec tr. du comportement (Urine n'importe où) - Céphalées fronto-temporales droites. Ex. neurol. pratiquement négatif jusqu'à ces jours derniers, où on note un Barré positif à G., avec des tr. de l'équilibre de type frontal. Le F.O. qui, il y a 8 jours, ne montrait qu'un léger flou papillaire, est maintenant remplacé par un œdème papillaire franc

A. P. : Traumatisme cranien important D. en février 54.

Aº : 1-6-54 : Tumeur frontale D. avasculaire.

Fonction : On retire 100 cc de liquide citrin hyper-albumineux d'un kyste plus gros qu'une orange. La kystographie montre que le kyste dépasse la ligne médiane.

Suites : Amélioration des tr. mentaux après radiothérapie.

Obs. 108 - C. Le... - F. 54 ans (5049) - Astroblastome frontal gauche (pied de F A)

Fin février, tr. de la parole, trouve mal ses mots, avec une légère diminution de la force du côté D. - Céphalées de plus en plus vives, sans vomissement. La malade souffre de cet état, l'aphasie devient presque complète; elle s'alite, asthéniée début mars. Vers le 15 mars, crise B.J. D. - Les céphalées, depuis, ont encore augmenté (prédominance frontale G.) baisse de l'A.V., vomissements - Nouvelle crise épileptiforme il y a 8 jours - Une P. L. est faite alors : Alb. : 0 gr. 82 - 22 éléments - Amélioration le lendemain.

A.P. : En 1940, « congestion cérébrale » ? - Soignée pour légère

hypertension artérielle et « pour son cœur » - Ménopause récente (5 mois)

Ex. : 14-4-50 : Malade consciente, présente, s'intéressant à son entourage et à sa famille - Hémiplégie D. avec aphasie à prédominence amnésique : comprend les ordres simples parlés, peut lire les phrases simples, mais paraît exécuter moins bien les ordres écrits. Intoxication par le mot, incapable de dire son nom. Ex. neurol. : Paralysie faciale D. de type central. Parésie des membres D., le cutané plantaire étant en flexion à D. et en extension à G. - F.O. : papilles floues.

Interv. : Glioblastome pied F. A. G.

Suites : En octobre 50, est réglée tous les mois, le F.O. est normal, il n'y a plus de déficit neurol, l'aphasie est en régression. La malade mène une vie normale.

Obs. 109 - J. Lav... - M 62 ans - (49126) - Glioblastome fronto-rolandique droit profond.

Depuis 6 mois, crises B. J. G. à début brachial, plus spécialement des 3 premiers doigts - Depuis 1 mois, hémiplégie G., les crises B. J. continuant. Le F. O. est normal; le L. C. R. : non hypertendu, dissociation albumino-cytologique.

Ex. 26-9-49 : Bon état général, lucidité, conscience intacte - Hémiplégie G. complète de type flasco-spasmodique, sans tr. de la sensibilité, le cutané plantaire est en flexion. F. O. : Normal - il apparaît des tr. urinaires de type rétentionnel, puis le lendemain, une **Phlébite** du membre inf. G. traitée par anti-coagulants. Les crises comitiales continuent;

Interv. : 18-10-49 : Exerèse.

Ana. path. : Glioblastome hétéromorphe avec qq territoires astroblastiques. (La clinique hésitant entre un gliome et une métastase)

Obs. 110 - J. Lap... - F. 38 ans - (4985) - Glioblastome fronto-sylvien gauche.

Août 48 : Crises de céphalées G., avec bourdonnements d'oreilles de ce côté, durant qq heures. Changement d'emploi très fatigant.

Décembre 48 : Crises quotidiennes matinales, avec céphalées, vomissements, amaigrie, reste bien réglée, pas de tr. visuel subject. *A. P. :* En septembre 47 accès dépressif, (accident enfant) angoisses, nosophobie.

Ex. : 4-4-49 : Très fatiguée, nauséeuse, anorexipue - nuque souple, mais rotation douloureuse - F.O. : S.P. bilatérale avec hémorragies discrètes à G. - Pas de tr. pyramidaux ou cérébelleux.

Vo : Tumeur frontale G., un peu postérieure.

Interv. : Ablation d'une tumeur du vol. d'une brioche après ponction d'un pseudo-kyste et du ventricule.

Suites : Hémiplégie D. régressant complètement au troisième jour - Radiothérapie — Octobre 49 : Mène une vie normale. A grossi de 7 kgs - F. O. : Normal — Juillet 50 : Va toujours très bien - A même récupéré encore légèrement de la vision de son O.D. (O. G. 10/10)

Obs. 111 - P. Ja... - M. 44 ans - (4622) - Glioblastome frontal gauche

Depuis 2 ans, qq épisodes céphalalgiques - En janv., brusquement, dérobement de la jambe D. durant 3 à 4 minutes - Les phénomènes se répètent les jours suivants. Traité pous spasmes vasculaires. Mars : Aphasie motrice qui persiste depuis. Depuis 15 jours, nombreux équivalents comitiaux avec qq phénomènes B.J.G.

Ex. : 26-5-46 : Anarthrie. Ex. neurol. négatif.

Vo : On ne trouve aucun des 2 ventricules.

Encéphalo. lomb. : Image médiocre, mais violente réaction d'H.I.C.

Ex. 19-6-46 : A eu il y a 15 jours un épisode sub-comateux. Constipation sans gâtisme - Dysarthrie - S.P. bilatérale Barré D. avec quelques secousses cloniques du membre sup. D. - Cutanés plantaires en flexion, accouphènes G. Démarche incertaine.

Vo : Tumeur fronto-temporale G.

Interv. : A la ponction en F.A. : forte crise comitiale; à ce niveau, gros gliome diffus en partie nécrotique, dont on prélève un fragment - Radiothérapie mal supportée.

Obs. 112 - H. G... - F. 41 ans - (4760) - Astroblasto-glioblastome frontal gauche (chez une gauchère).

Depuis 1 mois, céphalées frontales empêchantes avec phénomènes paroxystiques - Diplopie - Pas de tr. de la marche ni des mouvements, pas de tr. de la mémoire ni de l'affectivité.

A. P. : Intoxication alimentaire en 1942, avec coma, aurait eu alors une très forte hypertension artérielle.

Ex. 15-9-47 : S.P. bilatérale - Barré D., avec un strabisme G. (parésie du VI G.) - T. A. : 12/8 - On s'oriente vers le diagnostic d'une tumeur du lobe temporal G. à sémeiologie inusitée chez une gauchère. (Pas de tr. du langage).

Ex. Octobre 47 : F. O. : Aspect de neuro-rétinite œdémateuse, avec de nombreux exsudats vasculaires D.; on ne peut conclure à une stase papillaire.

Interv. (après Vo) : Une tumeur frontale G.

Ana. path. : Astroblasto-glioblastome.

Obs. 113 - M. Fe... - M. 65 ans - (5350) - Gliome du lobe orbitaire D.

Depuis 15 jours, torpeur post-prandiale avec céphalées — 26-1-53 : Céphalées, torpeur continue, vomissements - Petites éclipses — 30-1-53 : Vomissements - Incontinence nocturne, flou papillaire.

A. P. : Il y a 20 ans, coup de masse sur la racine du nez — En 1940 : Crise angineuse - Il y a 7-8 mois, hémorragie intestinale.

Ex 2-3-53 : Amaigri et conscient - F .O. : léger flou avec énorme staphylome à l' O.D. Ex neurol. : Normal. L.C.R. : alb: 0 gr. 40

Ao : Gliome lobe orbitaire D.

Obs. 114 - A. Dra... - F. 60 ans - (53278) - Tumeur fronto-calleuse.

En avril 42, crises comitiales qui vont se renouveler d'abord toutes les 3 semaines environ, puis de plus en plus rapprochées. F.O. : Normal — En 1944 : Ex. toujours négatif - Mise en traitement anticomitial, qui arrête les crises. Le traitement est suivi irrégulièrement, mais les crises deviennent plus espacées. — Début octobre 53 : Apparition progressive d'une parésie D. découverte d'une S.P.

Ex. 22-10-53 : Malade somnolente, bradykinétique et bradypsychi-

que, fabule ? Aphasie ? Propos incohérents ? Incontinence urinaire. Bon état général - Hémiparésie D. prédominant au membre sup. avec hémi-hypoesthésie et Babinski D. Hémiparésie faciale correspondante.

A° : Néo-formation sans vascularisation pathologique fronto-calleuse G. pour laquelle on n'ose intervenir.

Obs. 115 - E. Du... - F. 30 ans - (53201) - Glioblastome fronto-calleux gauche kystique.

Céphalées anciennes - En juillet, céphalées plus importantes, mais ex. neurol. et ophtalm. normal - Mi-juillet, céphalées encore plus importantes, puis vomissements, constipation, troubles visuels à type d'amblyopie. Pas de déficit sensitif ou moteur.

A. P. : Fatigue depuis quelques mois.

Ex. 9-8-53 : Photophobie, vomissements - La malade paraît souffrir beaucoup. Nuque souple, S.P. avec hémorragies à G. Le reste de l'ex. négatif. Amélioration par le sulfate de magnésie.

Interv. (après A°) : Kyste frontal G. du vol. d'un œuf. Excision d'un opercule, ablation partielle du tissu néoplasique qui semble envahir en partie le corps calleux. Ablation chirurgicalement satisfaisante, sauf vers le genou du corps calleux.

Suites immédiates : Simples.

Obs. 116 - M. Du... - M. 58 ans - (53123) - Astroblasto-glioblastome kystique frontal droit.

Céphalées depuis 15 jours environ et tr. de l'humeur — 20-5-53 : Céphalées frontales plus vives, vomissements, état saburral des voies digestives. Torpeur progressive. Ex. neurol. négatif - Léger œdème papillaire. Très grande amélioration pendant 2 jours par une injection de sulfate de magnésie - Puis nouvelle torpeur progressive (avec troubles de la parole ?) Légère amélioration par une nouvelle I. V. de sulfate de magnésie — Le malade entre progressivement dans un demi-coma.

A. P. : Enucléation de l'O.D. à la guerre de 14. - Opéré du sinus maxillaire D.; il persiste une fistule.

Ex. 27-5-53 : Semi-coma. Sueurs profuses, difficultés de la déglutition. Température : 38°1. - Pouls : 70. Œdème papillaire. Babinski bilatéral.

Aº : (Malade comateux avec des vomissements noirs). Vascularisation anormale de la région frontale basse et postérieure.

Interv. : Trou temporal antérieur : Une ponction vers l'avant permet l'évacuation de 40 cc d'un liquide jaune coagulant, provenant d'un kyste. Sort du coma.

Interv. : (5 jours plus tard) : Tumeur du vol. d'un petit œuf, rapidement énucléée ainsi que le kyste qui est appendu à sa face profonde.

Ana. path. : Glioblastome hétéromorphe avec quelques territoires astroblastiques et d'autres astrocytaires.

Suites immédiates : Simples.

Obs. 117 - J. Dup... - M. 38 ans - (52222) - Glioblastome fronto-calleux droit.

Août 52 : Céphalées frontales bilatérales, surtout D., sans vomissement. Fin août : alitement. (Crise hépatique ?) Apyrexie. T.A.<10 parlait de moins en moins — Le 10-9-52 : Baillements fréquents, énurésie, aurait eu un « éclipse visuelle »; fausses reconnaissances — Le 20-9-52 : Une P.L. n'apporte aucun changement à son état mais montre une hyper-albuminorachie.

Ex. 23-9-52 : Droitier - Sub-coma ou mutisme, gâteux, F.O. : S.P. bilatérale, parésie faciale G.

Aº : Grosse T.C. frontale D., bilobée, profonde.

Interv. : Pas de kyste ni d'abcès à la ponction. A la partie postérieure, gros gliome, énucléé au doigt pour sa partie supéro-interne, et sucé en ce qui concerne le lobe inféro-externe. On complète la lobectomie frontale; ablation macroscopiquement totale.

Ana. path. : Glioblastome hétéromorphe.

Suites immédiates : Récupération parfaite de la conscience, avec persistance de tr. mentaux à type d'euphorie et de confusion.

Obs. 118 - S. C... - F. 45 ans - (54380) - Gliome fronto-calleux gauche profond.

Depuis qq temps (3 mois) obnubilation progressive, avec céphalées qui ont actuellement disparu.

Ex. 24-11-54 : Négatif, sauf hypoesthésie cornéenne G., douleurs à la pression de la fosse temporale G. et Barré D.

Aº : Gliome frontal très vascularisé profond et postérieur.

E.E.G. : Anomalies en faveur d'une néo-formation para-sagittale G. ou ventriculaire G.

Interv. : Ponction permet d'évacuer du liquide ventriculaire d'abord clair, puis hémorragique. Une deuxième ponction ramène du sang sans débris pathologiques. On arrête l'intervention du fait de la profondeur de sa situation G. et de la vascularisation - Mise à la radiothérapie.

Obs. 119 - G. Ca... - M. 51 ans - (52285) - Oligodendrocytome frontal gauche.

Le 5 novembre, sensation curieuse et anormale au niveau de la langue. Ne peut articuler aucun mot, n'émet que des sons inarticulés. Le médecin constate une lenteur d'idéation avec un léger achoppement sans aucun signe associé. Puis 2 crises comitiales avec cri initial et état dysarthrique post-critique. Par la suite, crises localisées fugaces : Pointe de la langue, mâchoire et joue D., léger spasme du bras D., légère céphalée G.

A.P. : Il y a vingt ans, perte de connaissance sans suites au lendemain d'un jour de fête; sœur jumelle bien portante. Difficultés familiales comme par le passé.

Ex. 15-11-52 : Entièrement négatif au point de vue neurol. et ophtal. Le malade présente toujours des crises dysarthriques avec engourdissement du membre supérieur D.

Aº : Tumeur du pied de F.A. avec vascularisation propre.

Interv. : Biopsie de la tumeur qui est profonde (à 3 ou 4 cm.) en avant de la zone motrice.

Ana. path. : Oligodendrocytome avec territoires tendant à l'oligodendroblastome.

Suites : Radiothérapie — Mai 53 : Depuis 3 semaines, 2 crises B.J. avec parole très difficile, somnolence. Remise au traitement radiothérapique.

Obs. 120 - I. Cau... - M. 49 ans - (4804) - Glioblastome kystique frontal gauche.

Céphalées depuis octobre 47; continue cependant son travail. Vers Noël, céphalées plus importantes, vomissements, post-prandiaux avec, par moments « divagation ». (Logorrhée, paroles sans suite) - On constate une faiblesse des membres inf. (tendance à s'affaisser); les troubles surviennent par accès - 8 janvier : Une P.L. aurait été entièrement négative.

A. P. : Ethylisme.

Ex. 14-1-48 : Obnubilation, ne peut soutenir une conversation. Baillements, parésie faciale D.; membres inf. réflexes normaux; membres sup. Grasping-reflex; ferait quelques mouvements de type carphologique. Léger déficit aphasique (anarthrie ?) F.O. : Œdeme papillaire bilatéral avec distension veineuse.

Vo : Déviation en bloc du système ventriculaire vers la D., avec amputation partielle et soulèvement de la corne frontale G.

Interv. : Kyste dans la région postérieure du lobe frontal, à contenu hyperalbumineux, dont on évacue 10 cc. Exploration : Gliome volumineux de la partie profonde, avec zones pseudo-kystiques.

Ana path. : Glioblastome hétéromorphe.

Suites : Légère amélioration pendant les 3 premiers jours, puis brusquement, hyperthermie, sub-coma, escarres.

Obs. 121 - C. B... - F. 57 ans - (53310) - Gliome ? frontal droit

Alitement depuis 3 semaines pour une forte grippe compliquée de bronchopneumonie à G. A l'occasion d'un lever, perte de l'équilibre, tombe sur l'occiput sans perte de connaissance; a craché quelques filets de sang. Dans les jours qui suivent, incontinence urinaire. Quelques crises du type B.J. gauche, avec parésie postcritique. Céphalées, vomissements, n'a plus de troubles pulmonaires, mais depuis 1 mois, baisse de la vue, surtout de l'O.G.

Ex. 10-12-53 : Lenteur de l'idéation - Il ne semble pas y avoir de confusion mais surtout des tr. du caractère, avec euphorie, rires, plaisanteries. On note cependant, une tendance aux fausses reconnaissances. Ex. neurol. hémiplégie G. avec Babinski, et hypoesthésie G. F.O. : la papille G. normale mais un peu pâle. Papille D. œdémateuse avec hémorragies péri-papillaires.
Interv. (après A°) : La malade paraît coopérante ou indifférente. Gliome affleurant la région frontale postérieure basse, sur une surface d'une pièce de 5 francs, volume d'une grosse orange, tumeur dure, un peu allongée, dans un plan sagittal. Lobectomie frontale complète.
Suites immédiates : Bonnes.

Obs. 122 - J. Der... - M. 35 ans - (53106) - Oligodendroblastome fronto-calleux gauche.

Le 20-11-50, première crise comitiale. En décembre 50, foyer épileptogène temporal G. — Le 29-2-52 : Fait 3 à 4 crises par mois, crises B.J. D. avec comme aura un « grand vide », pas de chûte - Récemment, déficit D. Radio et L.C.R. normaux — Ex. fév. 53 : A° G. : négative (peut-être vague rigidité de la sylvienne).
Interv. 21-4-53 : Pas de kyste à la ponction, mais tumeur dure à à 2 cm sous le cortex. Gliome occupant tout le lobe frontal, d'extraction difficile (absolument infiltrant), cette extraction entraîne une hémorragie assez importante, et doit se poursuivre jusqu'au corps calleux qui semble moins intéressé. Vol. d'une grosse orange.
Ana. path. : Tumeur paraissant d'origine oligodendrogliale : oligodendroblastome.
Suites immédiates : Récupération des mouvements du membre inf. (le malade avait un blocage complet de l'épaule G.)

Obs. 123 - E. Bea... - M. 60 ans (5327) - Gliome frontal gauche.

Dernier trimestre 52, indifférence - Début janvier, épisode infectieux, probablement d'origine pulmonaire; l'indifférence est plus accusée; aboulie; obnubilation progressive. Céphalées péri-orbitraires G., avec baisse de l'A.V.

A. P. : Chûte de bicyclette sur le menton (?) en 1947; semble avoir entraîné alors un minimum de troubles.

Ex. 31-1-53 : Très forte somnolence, réponses très brèves et imprécises aux sollicitations. Hémiparésie D.

Aº : Grosse tumeur occupant tout le lobe frontal G. et filant vers le corps calleux, de nature à peu près certainement gliale.

Obs. 124 - S. Bar... - M. 48 ans (5326) - Glioblastome hétéromorphe frontal inférieur droit.

Le 9-12-52, hémiplégie G., avec signe de Babinski. Pas de tr. psychiques ni de la parole. Tout rentre dans l'ordre en 3 semaines. Le 21 janvier, crise B.J. de l'hémicorps G., sans perte de connaissance; peu de signes résiduels - Quelques céphalées frontales D. d'apparition récente. 2 autres crises; après la dernière, persiste le syndrome neurol. actuel.

A. P. : Angine avec albuminurie transitoire.

Ex. 23-1-53 : Malade bradypsychique, un peu obnubilé, mais parfaitement orienté dans le temps et dans l'espace. Légère palilalie, et une dysarthrie variable dans le temps - F.O. : Normal - Hémiplégie gauche avec trépidation épileptoïde du pied G., cutané plantaire en flexion à D. indifférent à G. Radio du crâne et Aº : normales.

Ex. 2-3-53 : Depuis le début février, crise B.J. de l'hémicorps G., annoncée par une sensation de tiraillement au niveau du grand pectoral. Il y a 8 jours, hémiplégie, pas de régression. Actuellement, hémiplégie G. de type spasmodique et global, s'accompagnant d'une paralysie faciale G. de type central. Le malade s'enfonce progressivement, dans une torpeur dont il ne sort que pour se plaindre de ses céphalées. F.O. : S.P. surtout D.

Aº : Tumeur rolandique basse sur la lèvre supérieure de la scissure de Sylvius (grosse noix).

Interv. : Ablation gliome du pied de F.A.

Ana path. : Glioblastome hétéromorphe.

Suites : Continue à s'enfoncer progressivement avec céphalées tr. mentaux.

Obs. 125 - R. Bou... - M. - (52261) - Glioblastome isomorphe prérolandique gauche.

30-5-52 : Chûte de vélo par malaise affirmé par le malade — 1-6 : Première crise B.J. faciale D. - Est hospitalisé; présente une hémiparésie D. avec aphasie. Radio et L.C.R. : Normaux. Régression du déficit. Puis, crise B.J. faciale droite et hémiparésie discrète.

E.E.G. : Octobre 52, foyer irritatif temporo-pariétal D.

A. P. : Depuis longtemps, éthylique et anxieux.

Ex. 14-11-52 : (Le 7-11-52 : Première crise généralisée) Bradylalie avec anarthrie. Gros tr. aphasiques. F.O. : Normal - Hémiparésie D. avec monoplégie de la main D. (douleurs thalamiques.)

Encéphalographie puis A° : Déplacement en masse du système ventriculaire vers la D. Groupe sylvien peut-être un peu abaissé.

Interv. : Ponction cérébrale : juste sous le cortex, collection de sang noir signant un hématome intra-sous-dural. Incision du cortex, zone tout à fait pathologique qui évoque le gliome : résection. (Interv. difficile et hémorragique.)

Ana path. : Glioblastome à prédominance isomorphe.

Obs. 126 - D. Bon... - F. 60 ans - (52210) - Glioblastome frontal-calleux droit.

Il y a 15 jours, céphalées frontales bilatérales avec vomissements. Interruption du travail - Alitement depuis 5-6 jours - Quelques troubles mentaux : Divague ? sans trouble net de la parole. Après légère amélioration tombe dans le coma, sans manifestation périphérique. Incontinence urinaire.

Ex. 25-10-52 : Malade dans le coma - S.P. bilatérale avec Babinski bilatéral.

A° : Tumeur frontale D.

Interv. : Pas kyste, mais foyer hémorragique: Lobectomie frontale D., enlevant toute la tumeur, qui occupe la pointe du lobe frontal jusqu'à sa face interne.

Ana. path. : Glioblastome hétéromorphe, avec une tendance à la différenciation astroblastique.

Obs. 127 - *Mme B...* - F. 45 ans - (51123) - Astroblasto-glioblastome fronto-calleux D. kystique.

Il y à 20 jours, manque 3 fois son train. Fatigue. Il y a 16 jours, perte de connaissance. 3 jours après, fait un voyage dont elle ne se souvient pas. Prostration, somnolence. Ne peut se tenir debout. Incontinence sphinctérienne. A présenté quelques vomissements.

A. P. : Tr. de la vue, il y a 15 ans environ; depuis fatigue. Diphtérie il y a 5 ans - Depuis 2 ans, céphalées - en 1950, ablation d'un « polype » utérin par voie vaginale.

Ex. 14-8-51 : Malade confuse, répondant difficilement aux questions. L'examen, difficilement pratiqué, montre : Astasie-abasie, réflexes vifs, cutané plantaire en flexion, parésie faciale G. et S.P.

Vº : Ventricules en place; énorme tumeur frontale D. faisant saillie dans le ventricule, probablement un kyste.

Interv. : Malade sub-comateuse, ne parlant pas, tension effondrée. Ponction : à 3 cm de profondeur, un kyste sous tension à liquide citrin - Tumeur qui, avec son kyste multilobé, occupe pratiquement tout le lobe frontal. (Vol. d'une orange.) Lobectomie frontale à peu près typique. On a respecté cependant la paroi du kyste qui fait saillie dans le ventricule.

Ana path. : Astroblastome avec territoires moins différenciés.

Obs. 128 - *G. Bur...* - F. 19 ans - (4321) - Glioblastome frontal droit.

Bien portante jusqu'en décembre 42 - Céphalées surtout nocturnes; continue son travail, mais avec fatigue - Consulte souvent son médecin, qui attribue les tr. à une origine hépatique — 8-3-53 : Accentuation de la symptomatologie, avec apparition de vomissements de caractère explosif. Baisse de la vue, impressions vertigineuses, agitation psychomotrice. Intolérance alimentaire.

Ex. 5-5-43 : Léger strabisme externe fonctionnel. L'O.G. ne peut converger. Barré G. Cutané plantaire en flexion. Tr. trophiques : Atrophie musculaire avec myo-œdème.

Vº : Tumeur D.

Interv. : Glioblastome occupant la pointe du lobe frontal, tres facilement aspirée.(Vol. d'une grosse mandarine.)

Suites : Amélioration passagère.

Obs. 129 - H. Aur... - M. 62 ans - (54210) - Astroblasto-glioblastome frontal gauche.

Début août 54, céphalées, vertiges, nausées, vomissements.

Ex. 20-8-54 : S.P. bilatérale.

Aº : Gliome infiltrant de la face inférieure du lobe frontal G.

Interv. : La ponction au Cushing permet d'évacuer du lobe orbitaire un liquide visqueux, jaune, filant, mélangé à des débris tumoraux d'aspect nécrobiotique. Cavité peu volumineuse.

Ana path. : Astroblastome-glioblastome.

Obs. 130 - B. Ang... - M. 66 ans - (5499) - Gliome frontal D. profond.

Depuis 1 an, vertiges au lever, sensation de chute. Depuis 1 mois, céphalées matinales, à prédominance D. Depuis 3 semaines, déficit G. progressif avec changement de caractère. L.C.R. ' Alb. 1 gr. 70.

Ex. 29-3-54 : Amaigrissement - Pollakiurie nocturne - Hémiplégie spasmodique G. A.V., C.V. et F.O. normaux.

Aº D. : Gliome fronto-calleux peut-être kystique.

Trépano-ponction exploratrice : Kyste hyperalbumineux de la région du corps calleux, dont on retire 10 à 12 cc.

Obs. 131 - S. Arn... - F. 46 ans - (5196) - Gliome du lobe orbitaire frontal droit.

Il y a 3 ans, crises comitiales généralisées. Fait quelques crises à intervalles de moins en moins longs. La septième, il y a 3 semaines, l'aurait laisée dans un coma qui aurait duré de nombreuses heures. 2 crises auraient commencé par une parésie du bras G. La malade est alitée depuis 6 mois par perte de l'équilibre.

Ex. 4-4-51 : Céphalées sans vomissements, ex. négatif, sauf Barré G. et discrète parésie faciale G. S.P. surtout G.

Vº : Tumeur frontale D. comprimant le trou se Monro.

Interv. : Gliome sous-frontal, facilement aspiré (Vol. mandarine).

Suites : Episode hypomaniaque, à son départ de l'hôpital - En août 51, ex. entièrement normal, la malade est beaucoup moins hypomaniaque qu'à son départ.

Obs. 132 - A. Rid... - F. 38 ans - (51217) - Métastasse parasajittal.

Il y a 1 mois, furonculose et hydrosadénite - Guérison; depuis, céphalées, vomissements. Depuis 8 jours, le céphalées augmententent, asthénie, parésie G.

A.P. : Dysménorrhée.

Ex. 18-11-51 : Obnubilée - Hémiplégie G. avec troubles sensitifs dominant au membre supérieur.

Aº : On pense à un méningiome de la faux.

Interv. : Volet frontal bilatéral, résection d'un entonnoir dans le lobe frontal D., tumeur très molle et vasculaire, assez postéro-inf.

Suites immédiates : Parfaites, récupération de l'hémiplégie.

Ana. path. : Métastase d'un épithélioma glandulaire, à la suite duquel la malade subit l'amputation du sein gauche.

Obs. 133 - E. Ro... - M. 58 ans - (54309) - Métastase para-sagittale frontale gauche.

Le 16-8-54, crise comitiale typique, prise pour un accident vasculaire cérébral. Après une semaine de repos, le malade reprend son travail, mais son activité professionnelle est très diminuée, il devient indifférent, euphorique, son attention est très labile. Quelques céphalées sus-orbitaires, puis hémiparésie D.; au début 54, le malade gâte.

Ex. 9-9-54 : Bradypsychie manifeste, le malade paraît absent, désintérêt de l'entourage, avec un air euphorique cependant. Œdème papillaire, hémiparésie D. proportionnelle, avec paralysie faciale de type central.

Aº : Tumeur prérolandique para-sagittale, évoquant un méningiome

Interv. : Volet frontal G., tumeur arrondie bien limitée, ne franchissant pas la ligne médiane.

Ana. path. : Métastase.

Suites : Bonnes.

Obs. 134 - L. Rei... - F. 60 ans - (53328) - Métastases frontales G.

Traitée il y a 8 mois pour une granulie pulmonaire; depuis quelques mois, céphalées sus-orbitaires et occipitales. Rachialgies, crises comitiales atypiques : chute, perte de connaissance sans

phase tonique ni clonique, avec qq mouvements choréïformés en fin de crise. Amnésie Lacunaire. Désorientation post-critique. Etat mental : Euphorie, optimisme, avec un certain degré de confusion mentale intermittente. Boulimie (« il faut que je mange pour me fortifier »). Tr. sphinctériens - Aphasie nominale intermittente.

Ex. 27-11-33 : Malade euphorique, exubérante, rire intense pour les raisons les plus futiles. Motilité volontaire normale au lit. Cutané plantaire en flexion. (Un signe de Babinski D. a été retrouvé après une crise.) F.O. : Hémorragie rétinienne d'apparition récente, avec hyperhémie de la papille - Malade pâle, fatiguée, qui présente à 3 reprises des crises faites d'un état confusionnel intense, confinant au coma, avec collapsus cardio-vasculaire (équivalents comitiaux ?)

Aº : G. : Léger refoulement de la cérébrale antérieure vers la D. sur le cliché de face.

Vº : Au cours de celle-ci « crise » analogue aux précédentes, apnée impressionnante. Ventricules non tendus, abaissement corne G.

Interv. : 2 tumeurs : l'une à la partie inférieure du lobe frontal, en avant de la scissure de Sylvius, l'autre, plus para-sagittale et haute.

Ana path. : Métastases d'épithélioma cylindrique glandulaire à tendance sécrétante.

Suites : Amélioration progressive dans les premiers jours avec petite fistule de L.C.R.

Obs. 135 - *A. Cla...* - M. 42 ans - (4245) - Métastase épithéliomateuse frontale droite (noevo-carcinome probale).

Depuis le 13 novembre, céphalées violentes intermittentes avec vomissements sans efforts. Le malade reste abattu avec photophobie - Le 18-11-12 : Réponses normales. Barré G. S.P. bilatérale; la prostration augmente : paralysie du III D. - Episode d'amélioration, où le malade peut manger seul, s'asseoir dans le lit, malgré un blé pharospasme D. Puis, reprise des troubles.

Ex. 3-12-42 : Parésie du droit interne droit - S.P. bilatérale surtout D. - Hémiplégie G. avec Babinski.

Vo : Tumeur para-sagittale refoulant trou de Monro - méningiome ?
Interv. : Tumeur para-sagittale (vol. œuf de poule).
Ana path. : Tumeur métastatique probablement noevo-carcimone ?
Suites : Amélioration des tr. visuels, disparition des céphalées.
Ré-interv. 30-6-43 : Pour obnubilation, S.P. bilatérale et hémiplégie G.; tumeur trop hémorragique pour être enlevée entièrement.
Ana path. : Glioblastome isomorphe (Dr Berdet) : le classement de la tumeur doit être revu. (Noevo-carcinome ou gliome ?)
Suites : Cachexie progressive.

Obs. 136 - F. Moy... - M. 47 ans - (55344) - Métastase frontale G.
Depuis 1 mois, asthénie, faiblesse du côté D. par intermittence. Depuis 10 jours, céphalées sans vomissement ni tr. visuel, hémiplégie D. brutale, avec régression. Puis quelques secousses B.J. du membre sup. D.
Ex. 3-11-53 : Céphalées hémiparésie D. avec tr. du langage.
Ao : De profil, cérébrale antérieure étirée et « pauvre ». Face : Refoulement de la cérébrale antérieure.
Raaio pulmonaire : Grosse image hilaire gauche (néo ?)
E.E.G. : Cerveau en état de sidération partielle. Possibilité d'un foyer rolandique G. (néo-formation ?)
Interv. : Dans la région prémotrice para-sagittale, collection liquidienne évoquant la métastase. Evacuation.
Ana path. : Néo-formation métastatique.
Suites : Amélioration de l'aphasie et de l'hémiparésie.

Obs. 137 - R. Gef... - M. 36 ans - (5352) - Métastase frontale gauche (pied F.A.)
Février 53, grippe, douleur temporale G. - 4-3-53, crise comitiale avec aphasie - 9-3 : deuxième crise - C.V. et F.O. normaux. Parésie faciale D., parésie discrète du bras D.
A. P. : Il y a 10 ans, après traumatisme, perte de conscience (3 heures). Reprise très vite du travail.
Ex. 28-3-53 : Malade très présent; dysarthrie - F.O. : Normal - Hémiparésie D. - Cutané plantaire en flexion.
Interv. : Tumeur molle, limitée, clivable, vol. petite prune.

ESSAI D'ÉTUDE SYNTHÉTIQUE

Nous abordons ici le problème le plus complexe et le plus discuté : celui de la personnalité, comme phénomène unitaire, et celui des localisations cérébrales.

Décrire un syndrome frontal comme nous venons de le faire est, de toute évidence, adopter la doctrine des localisations cérébrales. Les constatations expérimentales et humaines nous permettent de considérer, comme les physiologistes qui utilisent l'excitation ou la destruction, qu'à certaine zone plus ou moins étroite du cortex cérébral correspondent certains troubles que l'étude séméiologique nous permet de distinguer; cependant, nous n'en concluons pas que, seule, intervient la zone déficitaire ou excitée. En ces termes, nous ne pensons pas que la doctrine des localisations cérébrales puisse être répudiée.

Nous savons, par ailleurs, que la destruction d'un centre va se traduire par une séméiologie qui sera la résultante de deux facteurs :

1. - La partie manquante et les signes déficitaires qui en résultent.

2. - La partie restante, dont le fonctionnement nouveau n'est pas, obligatoirement, celui qui existait avant la destruction. Cette sémeiologie n'est pas la même aussitôt après la perturbation et après un certain laps de temps. C'est à ce propos que fut décrit par von Monakow, le phénomène dit de « Diaschisis ». Ainsi donc, il semble que tout se passe comme s'il y avait une adaptation à la situation nouvelle, adaptation qui

nécessite un certain temps. Cette faculté de compensation, parfois surprenante, explique déjà par elle-même, que la symptomatologie sera variable dans le temps.

Nous essaierons donc de grouper nos symptômes suivant trois catégories distinctes et nous envisagerons successivement la symptomatologie suivant l'état antérieur du sujet, suivant la localisation et suivant la nature de la tumeur.

ESSAI DE GROUPEMENT DES SYMPTOMES PAR RAPPORT A L'ÉTAT ANTÉRIEUR

Nous diviserons notre étude en deux groupes distincts :

I. - Les modifications de l'état antérieur.

II. - L'apparition d'une nouvelle personnalité.

I. - LES MODIFICATIONS DE L'ÉTAT ANTÉRIEUR

Dans un but didactique, nous décrirons successivement, à la manière de l'illustre neurologue anglais Jackson, les modifications dites en plus ou en moins.

A) SIGNES NEGATIFS

Nous entendons ainsi les troubles dus à la perte de l' « existant » antérieur. Schématiquement, nous pouvons distinguer quatre sphères différentes.

Sphère de la causalité

1. - Le déficit mnésique.

La mémoire, activité psychique qui assure le rappel du passé, peut être envisagée sous divers points de vue. Toutes les classifications sont critiquables, car il n'y a pas une seule mémoire, mais des mémoires; aussi, toutes les études ne cherchent qu'à montrer les diversités et à montrer leur enchaînement.

La mémoire est un processus de l'intelligence qui ne se retrouve qu'à l'échelle supérieure de la nature; cependant, à côté d'elle, nous pourrions décrire une mémoire biologique. Même dans la mémoire, fait psychologique, une certaine hiérarchisation peut être faite et nous pourrions étudier ainsi successivement : a) une mémoire sensori-motrice, telle qu'on la retrouve chez l'animal ou chez l'homme, avec, suivant les mécanismes invoqués, des souvenirs extéroceptifs (d'ordres visuels, tactiles, gustatifs, etc...) ou des souvenirs intéroceptifs (kinesthésiques, mémoire de l'image de soi, de son schéma corporel); b) une mémoire sociale, c'est-à-dire purement humaine; c) une mémoire autistique, mémoire inconsciente que la psychanalyse ou la narcoanalyse nous ont fait individualiser. Toutes ces mémoires se groupent dans notre personnalité; nous conserverons, pour l'étude des troubles mnésiques rencontrés chez nos malades, la classification didactique classique : les déficits des mémoires de fixation, de conservation, d'évocation et de reconnaissance.

— **L'amnésie de fixation,** particulièrement étudiée par de Morsier, est une des caractéristiques du syndrome préfrontal. Pour lui, la fonction mnésique est généralement différenciée dans un seul des deux lobes préfrontaux. Le corps calleux sert de voie d'association entre les territoires antérieurs et postérieurs avec un entrecroisement postérieur. Les lésions, quelle que soit leur situation, entraînent les mêmes troubles : perte de l'acquisition mnésique avec sa conséquence : l'inadaptation au monde extérieur.

L'amnésie de fixation se caractérise par l'impossibilité d'acquérir de nouveaux souvenirs; il n'y a pas oubli; il y a non fixation. Il en est ainsi, par exemple, si à la lecture d'un texte le malade ne peut répéter ce qu'il vient de lire, s'il ne peut répéter quelques chiffres que l'on vient de lui énumérer. Cliniquement, elle se retrouve, par exemple, dans la demande d'un repas que le malade vient de terminer.

— **L'amnésie de conservation** est différente en ce sens

que le malade fixe le souvenir, peut répéter un texte ou une série de chiffres aussitôt après lecture ou audition, mais au bout d'un temps variable suivant la profondeur du trouble, il ne peut plus le faire. Il y a un oubli précoce, une absence d'acquisition nouvelle. A partir du moment où elle existe, nous avons la constitution d'une amnésie antérograde. Suivant les lois de Ribot, nous pourrons donc avoir une amnésie dissociée, c'est-à-dire que notre malade pourra se souvenir des faits anciens, mais sera incapable de rappeler des faits récents.

— **L'amnésie d'évocation** se rencontre aussi très fréquemment. Nous devons distinguer l'évocation spontanée, qui est souvent ralentie, de l'évocation volontaire. Par ailleurs, nous pouvons aussi distinguer des amnésies localisées et des amnésies extensives.

Parmi les amnésies localisées, nous trouvons l'amnésie lacunaire; nous la retrouvons quelquefois à l'état isolé chez certains malades qui font des phénomènes de confusion régressive ou des phénomènes comitiaux. L'amnésie élective peut se voir elle aussi; elle relève de phénomènes névrotiques dont nos malades ne sont pas exempts. Quelques troubles du langage de type aphasique, que nous avons rencontrés, étaient nettement influencés par le thème affectif. Nous avons même vu un malade présentant, parmi d'autres troubles, une amnésie élémentaire systématisée, représentée par une incapacité d'écrire le chiffre 7, par exemple (Obs. n° 26).

Les amnésies extensives se rencontrent aussi. Il y a alors une amnésie rétrograde très importante. Même les faits anciens ne peuvent être évoqués. Nous avons alors un très gros affaiblissement intellectuel. L'amnésie d'évocation nous a semblé souvent être particulièrement nette sous la forme de la difficulté de trouver le terme propre, qui est remplacé par un nom inadéquat.

— **L'amnésie de reconnaissance** se rattache à la précédente; de multiples mécanismes communs entrent en jeu

dans la reconnaissance comme dans l'évocation; à côté d'un mécanisme spontané automatique, l'association fonctionnelle intervient, soit par la recherche de la forme, du fond, pour obtenir le premier plan (Gestalt-théorie), soit encore par investissement verbal (Delmas-Marsalet et Blanc). Les processus interviennent vis-à-vis de la localisation temporelle ou spatiale. Nous avons constaté souvent cette perte de l'orientation spatiale et nous avons rappelé dans notre étude analytique la description caractéristique de Pierre Marie et Behague. Tous ces troubles mnésiques peuvent venir d'une fixation insuffisante, c'est ainsi que si nous arrivons à obtenir une attention suffisante, nous pouvons avoir des réponses normales.

2. - Les troubles de l'attention.

Nous avons déjà assez insisté sur eux dans le chapitre précédent, mais leur intérêt nous incite à en reprendre l'étude. Nous venons de montrer leur importance vis-à-vis des troubles mnésiques. Avec les classiques, nous considérons deux catégories différentes : l'attention spontanée et l'attention provoquée. Les deux sont très souvent altérées.

Les troubles de l'attention spontanée sont particulièrement nets et se rencontrent isolément, le malade devenant indifférent, ne semblant rien percevoir. A côté de l'élément affectif, le facteur volontaire va être atteint; nous avons alors une impossibilité de contact avec le malade ou, si ce contact peut être établi, il ne dure pas, car il ne peut être poursuivi. Nous l'avons décrit sous le nom de fatigabilité intellectuelle.

3. - Les troubles de l'insertion temporo-spatiale.

Cette diminution ou cette perte de l'attention, associée à des troubles mnésiques va arriver à son apogée dans les états confusionnels. A côté de la désorientation temporelle ou spatiale, qui donne des tableaux cliniques particuliers, nous trouvons au stade confusionnel une atteinte de toutes les autres facultés.

Les troubles de « l'orientation personnelle » (désorientation autopsychique) ne se rencontrent pas isolément; les tableaux confusionnels sont trop classiques pour que nous en reprenions la description; les signes déficitaires sont maxima dans la forme asthénique. Outre les déficits, nous y trouvons une absence de jugement; nous allons analyser les troubles dus à son simple affaiblissement.

4. - L'affaiblissement du jugement.

Nous le rencontrons sous toutes ses formes, puisque le jugement est cette faculté de discerner le vrai du faux, la vérité de l'erreur. Le jugement peut non seulement être affaibli, comme dans les états pseudo-démentiels décrits chez nos malades, mais il peut être complètement aboli dans les états confusionnels ou véritablement démentiels. Cette perte du jugement peut exister dans n'importe quel domaine de l'activité, mais elle est surtout fréquente et nette pour les facultés dites de « l'autocritique ». Cet affaiblissement ou cette perte de jugement peut n'être que passagère; c'est ainsi qu'elle n'est qu'assez rarement au premier plan du tableau clinique.

L'indifférence, très fréquente, nous l'avons vu, pourrait rentrer dans le cadre d'une baisse du jugement. En tout cas, quand elle existe, elle empêche toute appréciation des fonctions intellectuelles, les réponses étant évasives.

5. - Le trouble de l'association des idées, du courant de pensée.

Ce déficit est particulièrement évident chez beaucoup de nos malades qui sont des bradypsychiques. L'obnubilation est fréquente. Le malade suit difficilement le cours de la conversation; il persévère dans sa pensée, ce qui rend son interrogatoire difficile. Ceci est particulièrement net dans les tests pratiqués au lit du malade comme le calcul simple; l'addition est correcte quelquefois, la soustraction est plus pénible et les multiplications ou divisions presque impossibles. Souvent d'ailleurs, le malade utilise un processus

automatique quand il répond et alors redonne le chiffre de l'épreuve précédente ou un multiple simple. Quand on insiste, la réponse peut redevenir correcte, en dehors de toute coïncidence.

6. - La baisse de l'imagination.

L'imagination créatrice n'a jamais été signalée dans nos observations. L'imagination reproductrice est conservée quelquefois, au moins apparemment, mais dans sa genèse, il intervient la mémoire d'évocation. Nous avons vu que souvent celle-ci était affaiblie, comme d'ailleurs tous les processus intellectuels et ce n'est que dans un but didactique que nous l'avons séparée de l'imagination créatrice.

Sphère des instincts

Nous éliminerons de ce cadre les habitudes instinctives pour ne conserver que les instincts primordiaux. Nous étudierons successivement ceux en rapport avec la conservation de l'individu, où nous distinguerons les instincts alimentaires, l'instinct de défense et aussi l'instinct de vigilance et ceux en rapport avec l'instinct de conservation de l'espèce, c'est-à-dire pratiquement l'instinct génésique.

1. - Les instincts de conservation proprement dits.

Les instincts de conservation proprement dits, c'est-à-dire en pratique les instincts relatifs aux instincts alimentaires. Nous avons trouvé chez nos malades une anorexie assez fréquente, avec une perte de poids quelquefois très nette. De très nombreux facteurs associés pourraient être décrits : c'est ainsi que souvent nos malades sont considérés comme des hépatiques, des « grippaux » avec toute l'extension que ces considérations entraînent. Souvent aussi nos malades, au stade d'hypertension intracranienne, n'osent pas manger, car leur repas entraîne des vomissements, et de véritables réflexes

conditionnels s'établissent. Nous pourrions ainsi étudier les interrelations qui existent entre leurs syndromes intellectuel, thymique et leur syndrome digestif.

A côté du facteur alimentaire, nous pourrions signaler les différents troubles métaboliques qui leur sont associés. Nous avons cependant été frappés, à la lecture de nos observations, par les résultats de laboratoire qui sont dans l'ensemble normaux, en particulier les numération-formules, le taux de l'urée sanguine, les différents tests hépatiques et l'analyse urinaire, alors que l'on trouve des déficits trophiques : amyotrophie, myoœdème, qui peuvent aller, dans quelques cas rares, jusqu'aux escharres.

2. - Les instincts de défense.

Ils sont décrits particulièrement chez les animaux qui ont des organes adaptés à la lutte (cornes, griffes, dards, etc...). Chez l'homme, la perte de la sensation de puissance, de domination, semble représenter la diminution de cet instinct. L'agressivité, décrite avec l'instinct de défense chez l'animal ne se concrétise guère chez l'homme normal, car les concepts élevés (sociaux, moraux, par exemple) la refrènerait; ce serait donc dans la diminution de ces facultés supérieures que l'on observerait les états agressifs; ceux-ci se retrouvent en fait fréquemment et l'irritabilité, manifestation mineure, est un symptôme assez courant en clinique; à un stade plus élevé, ce sont les manifestations coléreuses.

Dans cet ordre d'idées et sur un plan presque finaliste, nos malades présentent ainsi une perte du sens des conséquences des actes présents.

3. - L'instinct de reproduction.

L'instinct génésique peut être troublé et perdu. Nous n'insisterons pas sur lui, car nous n'avons guère eu d'observations qui le signalaient. Il faudrait d'ailleurs étudier la sexopathologie, ce qui déborderait nettement le cadre de

notre étude. Cependant, les cas d'impuissance ou frigidité sont classiques et nous savons la fréquence de leur origine psychogène.

4. - L'instinct de vigilance.

Nous avons adopté la définition de la conscience comme étant la fonction de vigilance; ainsi, nous n'envisagions qu'un des aspects de celle-ci, à savoir les rapports du « moi » (un des termes de la conscience) avec le monde extérieur.

Ici, nous employons le terme vigilance dans le sens de fonction de veille en opposition à celle du sommeil.

Ainsi, sous son aspect négatif, nous retrouvons le sommeil pathologique, l'hypersomnie.

Sphère de l'affectivité

Nous entendons par affectivité, la faculté de sentir, dans son sens le plus large. Son domaine est très vaste; c'est ainsi que toute activité intellectuelle serait liée à un facteur affectif, conscient ou inconscient. L'affectivité serait elle aussi modifiée par nos fonctions supérieures qui les façonnent, les minimisent ou, au contraire, les exaltent. Cette interréaction des deux sphères affectives et intellectuelles réalise en définitive notre personnalité globale.

L'affectivité peut être scindée en deux composantes : le tonus affectif et l'émotivité.

1. - Le tonus affectif.

Le tonus affectif caractérise cet état qui fait que nous éprouvons de la joie à vivre. Deux notions entrent en jeu dans cet « éprouvé » : l'agréable et le désagréable, que nous dissocions de la notion de plaisir ou de douleur.

Le déficit de ce tonus affectif va se traduire en clinique par un état d'indifférence, qui peut être partielle et seulement relative aux événements extérieurs, ou au contraire,

intéresser toute la vie de nos malades — d'où indifférence pour leurs familles, parents, conjoint et enfants, et aussi pour eux-mêmes. Ce déficit nous a paru capital dans l'étude de nos tumeurs. C'est ainsi que sur 41 gliomes avec troubles psychiques très nets, nous relevons 22 fois cette indifférence.

Le déficit peut encore être plus important. Nous trouvons alors ces états apathiques, asthéniques, de type mélancolique. Certains auteurs, tels Delay, Guiraud, les considèrent comme des états hyperthymiques; cependant, pour nous-même, nous considérons que si dans certains cas, l'affectivité peut paraître hyperactive dans le sens douloureux, il y a le plus souvent, du moins pour l'observateur, absence de manifestation affective. Ces états mélancoliques, asthéniques, pour lesquels d'ailleurs les sphères intellectuelles et de l'activité sont pratiquement toujours touchées, sont eux aussi très fréquemment relevés dans nos observations. C'est ainsi que, toujours sur nos 41 gliomes avec troubles psychiques très nets, nous relevons 16 fois des états de ce type et 6 fois une symptomatologie qui rentre très probablement dans ce cadre.

2. - L'émotivité.

L'émotivité est une manifestation plus primitive, puisqu'elle est la première à apparaître dans la constitution de notre personnalité au cours de notre enfance. Elle est indissociable de notre « moi », mais ses manifestations peuvent être prédominantes au point que Dupre a décrit une constitution émotive. Au fur et à mesure de notre développement, nous réagirons contre nos manifestations émotionnelles, qu'adulte, nous cherchons à maîtriser - pour « ne pas perdre la face » -. Ainsi donc, nous pourrions voir le déficit de cette fonction comme la perte de cette maîtrise et la libération de l'anxiété, et de ses manifestations. Cependant, nous ne considérons que dans les situations hautement émotionnelles il peut y avoir perte de cette émotivité et nous retrouvons les états hypothymiques.

Sphère de l'activité

Nous y distinguerons une activité d'ordre général, professionnelle et sociale.

L'activité de nos malades peut être diminuée par l'apparition de troubles neurologiques. Mais nous avons vu, en particulier lors de la description de la schizobasie, que cette activité peut être nulle indépendamment de ces troubles.

Le malade se présente très souvent comme un bradypsychique, mais aussi souvent comme un bradykinétique. Si les activités intellectuelles et physiques sont souvent associées, il peut y avoir dissociation. La perte de l'initiative en est souvent la cause, mais aussi la lenteur de la réalisation intervient.

L'activité professionnelle est souvent conservée assez longtemps car elle relève d'activité automatisée. Cependant, nous avons vu que nos malades effectuaient moins bien leur travail, commettaient des erreurs professionnelles, et c'est quelquefois l'employeur qui a le premier l'attention attirée vers un changement de la personnalité.

L'activité sociale est perturbée très rapidement.

Un des aspects les plus caractéristiques est la fatigabilité, sur laquelle nous avons insisté.

Au maximum, cette diminution de l'activité va se manifester sous la forme d'un syndrome catatonique. Nous ne reprendrons pas l'étude complexe de ce tableau dont la place nosographique est discutée. Devant un tel tableau d'akinésie, il est difficile de faire la part des différents facteurs, puisque le contact ne peut être obtenu avec le malade. Nous sommes réduits aux hypothèses, à une attitude interprétative des symptômes. Le mécanisme de production n'est d'ailleurs pas univoque, puisqu'on a décrit des formes dites primitives, comme celles rencontrées dans certaines schizophrénies ou mélancolies, et des formes dites symptomatiques où la plupart des étiologies ont été indiquées.

B) SIGNES POSITIFS

On les considère quelquefois comme l'exagération des possibilités antérieures. Plus souvent, ils constituent la libération de centres dits inférieurs si on considère une organisation hiérarchique des centres nerveux.

Nous allons en voir quelques aspects qui vont nous éclairer sur ce que nous entendons comme phénomènes positifs.

La fabulation

Le malade compense ses troubles de la mémoire en inventant des histoires. Le malade construit un récit d'après son imagination du moment. Cependant, il n'a souvent pas une grande croyance dans les histoires qu'il raconte. Les éléments de cette fabulation sont le plus souvent pauvres et même non cohérents. Le malade n'a pas une imagination débordante, mais cherche plutôt à cacher son amnésie. Cette fabulation peut d'ailleurs se traduire par des fausses reconnaissances.

L'onirisme ou délire de rêve.

L'onirisme est rarement pur, mais accompagne un état confusionnel. Les thèmes et les manifestations sont variables avec les malades. Par ailleurs, il ne peut s'extérioriser qu'à certains moments, par paroxysmes. Dans de très nombreux cas, il peut revêtir la forme d'un véritable équivalent épileptique ou n'être qu'une manifestation post-critique. Souvent, nous avons rencontré des idées incohérentes, passagères, et il est difficile de dire si elles constituent un épisode délirant, comitial ou onirique ou enfin s'il y a simple intrication de ces différents facteurs. Quelques manifestations de type hallucinatoire ont été rencontrées, mais pour elles, se pose le même problème.

L'automatisme mental.

Nous ne l'avons pas rencontré sous la forme progressive décrite par DE CLERAMBAULT, à base d' « éléments positifs ou

phénomènes d'intrusion » juxtaposés et liés à l'excitation directe des cellules nerveuses. L'ensemble de ces éléments se groupant peu à peu sous la forme d'un délire autoconstructif, véritable « roman d'origine personnelle », mais plutôt comme des manifestations psychiques paroxystiques.

L'automatisme.

Les activités automatiques réalisent de véritables réflexes conditionnés et, processus économiques, elles sont d'autant plus facilement conservées qu'elles existent depuis plus longtemps. Certains automatismes anciens pourront donc persister au moment de l'examen de nos malades.

L'itératisme.

Il existe sur le plan intellectuel et physique. Les phénomènes de palilalie sont très fréquents. Tel malade nous disait ainsi : « fatigue, fatigue, fatigue... », d'ailleurs sur un ton indifférent. Peu après, dans son interrogatoire, les mêmes mots reviennent. Souvent d'ailleurs, l'intoxication par le mot est évidente, pouvant aller jusqu'au radotage.

De même au point de vue moteur, le malade continue de façon ininterrompue un acte demandé; ceci d'ailleurs gêne souvent beaucoup l'examen. Tel malade lorsqu'il écrit, met plusieurs fois la même lettre à la suite; la parole peut devenir incompréhensible à cause des itérations verbales.

L'agitation psychomotrice.

Elle est assez fréquente; dans certains cas, elle se manifeste épisodiquement, mais chez d'autres malades elle est presque constante et rend alors les examens particulièrement difficiles.

II. - APPARITION D'UNE NOUVELLE PERSONNALITE

Loin d'envisager la personnalité de nos malades comme une somme d'atomes psychologiques positifs et négatifs, nous dirons qu'ils sont devenus «autres» avec un Dasein néostructuré.

Cette néopersonnalité est assez particulière pour que l'on puisse essayer de la distinguer. Il est bien évident que nous ne voulons pas signifier par là qu'il se crée une personnalité de toute pièce, mais que le facteur tumoral et ses retentissements vont établir un nouveau fonctionnement cérébral dont nous allons étudier les différentes composantes.

Personnalité intellectuelle

C'est l'élément le plus caractéristique.

Dans l'ensemble, nos malades vont devenir puérils. Cet état infantile apparaît d'autant plus nettement que le malade avait une intelligence plus développée ou occupait une situation sociale plus élevée. Dans beaucoup de cas, le malade qui présentait des capacités moyennes se présente diminué à l'examen, mais il est difficile d'apprécier cet affaiblissement; l'interrogatoire du malade et surtout celui de l'entourage, permettra de trouver ce changement.

Cette personnalité intellectuelle infantile va se manifester par le puérilisme de nos malades. L'attention et la mémoire peuvent encore être relativement conservées, mais, comme les enfants, ce n'est qu'au prix d'un gros effort que nos malades arrivent à soutenir un travail ou un interrogatoire prolongé. Ces attitudes normales créent finalement des comportements déconcertants pour certains de nos malades.

L'initiative, les décisions, n'existent plus de façon réfléchie. Les réactions caractérielles sont souvent très importantes. Le malade, très doux, devient irritable, ne supporte plus rien. Au contraire, tel malade autoritaire et facilement emporté deviendra calme, docile, se laissant mener par l'entourage.

Personnalité thymique

Ici, nous retrouvons deux modalités opposées : l'une faite d'exaltation et nous avons le tableau de la Moria; à l'eu-

phorie il peut se surajouter une tendance aux jeux de mots, aux plaisanteries (« Witzelsucht »).

A l'opposé, nous trouvons des états asthéniques bradypsychiques de type mélancolique, pouvant aller jusqu'au pleurer spasmodique.

Quand les malades semblent présenter un intérêt pour un membre de leur entourage, de leur famille ou pour leurs affaires, celui-ci reste souvent relatif. La manifestation peut sembler importante, mais elle revêt souvent un caractère névrotique; et elle ne dure en général que peu de temps, car on a l'impression que le malade l'oublie rapidement.

Plus souvent encore, il nous a semblé que l'on rencontrait un état d'indifférence, d'insouciance, et c'est un des caractères qui nous a semblé assez constant. Cette indifférence montre d'ailleurs que notre malade n'est pas simplement revenu à un stade infantile, puisque l'enfant, au contraire, présente une curiosité jamais assez satisfaite et qu'il réagit de tout son être aux circonstances extérieures.

Personnalité instinctuelle

Il est difficile de parler d'une personnalité instinctuelle. Cependant, nous trouvons souvent une prépondérance de la sphère instinctuelle qui prend la première place du tableau.

C'est ainsi que nos malades présentent des troubles urinaires du type énurésie, gâtisme. Ils n'en sont pas affectés, ou s'ils le déplorent, c'est avec une certaine indifférence.

Là encore, le rapprochement avec les attitudes de l'enfant nous semble évident.

Personnalité automatique

Dans ce cadre, nous faisons rentrer les comportements faussement très différenciés, et qui en réalité ne relèvent que de l'automatisme. Le malade d'ailleurs est incapable d'acquérir de nouveaux automatismes. Son éducation est impossible.

ESSAI DE GROUPEMENT DES SYMPTOMES PAR RAPPORT A LA TOPOGRAPHIE

L'idéal serait d'établir des corrélations entre la présence et la nature des troubles mentaux, et les différentes aires 9, 10, 45, 46, etc... de Brodmann. Or, nous savons que ces aires n'ont pas des limites identiques chez les différentes personnes; une telle distinction ne peut donc être conservée que dans les lobotomies et les topectomies. Dans l'étude topographique des tumeurs, une telle précision est impossible. Nous pouvons cependant adopter une classification régionale en distinguant des localisations parasagittales, frontales externes, polaires, sous-frontales profondes (fronto-calleuses).

Nous allons scinder cette étude en deux paragraphes différents : les tumeurs extrinsèques et les tumeurs intrinsèques.

I. - TUMEURS EXTRINSEQUES - MENINGIOMES

Avant d'aborder l'étude systématique des tumeurs justa-corticales, nous allons essayer de résumer les différentes conséquences qu'elles vont provoquer uniquement du fait de leur présence; ceci nous permettra de mieux comprendre leur évolution et les troubles qui sont en rapport avec leur développement.

Au début, elles agissent uniquement par un mécanisme compressif sur les éléments nobles sous-jacents. L'effet maximum se traduit au niveau du point d'application, c'est-à-dire, dans le cas des méningiomes, au niveau de la zone d'insertion. Le premier symptôme en date sera donc dû à une altération du fonctionnement de la partie sous-jacente à la méninge et traduira l'atteinte du territoire incriminé. Mais, progressivement, la tumeur va avoir des répercussions à plus ou moins grandes distances. En effet, nous savons que la cavité crânienne a une capacité fixe et les différents éléments qu'elle

contient vont donc être comprimés, mais ceci de façon variable suivant le point d'application de la compression et les compensations qui peuvent se produire. La surface du cortex va être déprimée. Les neurones s'orienteront suivant l'axe de cette dépression. Mais d'autres facteurs vont rapidement entrer en jeu : ce sont les altérations vasculaires, bientôt prépondérantes. Il y a une hypervascularisation avec souvent une certaine gêne à la circulation de retour, ce qui entraînera un nouveau facteur : l'œdème. Mais nous sommes toujours au stade d'action locale de la tumeur. Le point de départ de la tumeur étant au voisinage de l'os, celui-ci réagira souvent; les modifications osseuses existeraient dans 25 % environ des cas, d'après Cushing, dans plus de 50 % selon d'autres statistiques. Milleret les classe d'après leurs aspects macroscopiques en : hypervascularisation avec décalcification, usure osseuse très souvent associée à des phénomènes de construction, c'est-à-dire des hyperostoses. Pour expliquer l'envahissement de l'os, le facteur contigüité et aussi les facteurs vasculaires sont invoqués. La réaction osseuse pourra aider au diagnostic, soit en provoquant des modifications externes, soit en modifiant les troubles nerveux sous-jacents.

Plus tard, d'autres facteurs interviendront, et, avec Ectors, nous distingueront le déplacement du tronc cérébral, qui est réalisé électivement lorsque la pression extracérébrale est appliquée au niveau de la 3e frontale, les compressions veineuses entraînant un œdème cérébral et enfin la compression des voies du L.C.R., entraînant elle aussi œdème ou hydrocéphalie. Le tout s'associe enfin pour créer un syndrome par « manque de place », c'est-à-dire d'hypertension intracranienne; la tumeur, l'œdème et l'hydrocéphalie vont intervenir avec la possibilité de hernies cérébrales.

Les méningiomes de la convexité.

Nos dix premières observations sont relatives aux méningiomes de la convexité. Ceux-ci ont été l'objet d'études peu nombreuses.

Ectors étudie les méningiomes de la 3e frontale, dont il a individualisé le syndrome avec hémiplégie homolatérale; il étudie le syndrome de l'aire 8 (pied de F2), avec prépondérance de la rotation de la tête vers la lésion, l'hypercinésie, qui est réflexe automatique. Le facies figé (masque parkinsonien) serait conditionné par une lésion bilatérale. Dans son étude du syndrome mental frontal, il note l'obnubilation, la torpeur et l'hypersomnie qui précèdent le coma, symptômes non spécifiques mais liés, soit à l'œdème cérébral qui se complique invariablement d'une hernie temporale, soit à l'hydrocéphalie avec engagement des amygdales cérébelleuses. L'agitation, l'instabilité motrice, l'hypercinésie ne sont pas pour lui liées à un déficit intellectuel, comme le pensent les classiques, mais doivent être rapportés uniquement à une lésion de l'aire 8.

Sur les 39 tumeurs qu'il a observées, les troubles psychiques furent mentionnés pour 32 d'entre elles. Le manque d'initiative, les troubles de la mémoire et l'indifférence affective furent les troubles les plus fréquemment observés.

A propos des troubles mnésiques, Ectors signale que la mémoire paraît souvent bonne à l'interrogatoire, alors qu'elle est nettement déficiente dans ses traductions spontanées. Il y aurait donc avant tout, perte de l'initiative mnésique; nous-même avons souvent rencontré une dissociation analogue des troubles de la mémoire.

L'attention et le jugement sont intacts tant que le malade n'est pas obnubilé. L'orientation est souvent bien conservée.

L'auteur pense enfin que la présence du syndrome psychique frontal dépend, non de la nature, mais de la situation de la tumeur. Son étude des différents méningiomes qu'il a rencontrés permet à Ectors de localiser les fonctions intellectuelles dans les deux tiers moyen et postérieur des trois premières circonvolutions frontales. Il en trouve confirmation dans les statistiques de Cushing et Frazier. Il oppose ainsi les méningiomes de la convexité parasagittaux, générateurs

de troubles mentaux, aux méningiomes olfactifs et du pôle frontal, dont le volume est pourtant souvent supérieur. Ectors compare ensuite les troubles mentaux suivant les différentes localisations. Par exemple, sur les 17 tumeurs rolandiques, il en trouve 12 sans troubles mentaux.

Si nous reprenons maintenant nos 10 méningiomes, nous ne voyons pas de grosses différences entre les localisations droite et gauche. Cependant, les méningiomes droits semblent entraîner moins de troubles psychiques. L'hypertension intracranienne ne semble pas nécessaire à la production des troubles mentaux. Nous n'avons pas retrouvé de symptomatologie analogue à celle décrite par Ectors (hémiplégie homolatérale).

Les méningiomes de la faux et parasagittaux.

Nous ne retenons que ceux relatifs au tiers antérieur. Wertheimer, Dechaume et Mansuy citent les différentes classifications rapportées par Cushing, Elsberg et Olivecrona pour les méningiomes. Après une étude anatomique et physiopathologique, ils en dressent les tableaux cliniques. Ils insistent avec Olivecrona, sur la latence clinique et la difficulté d'interprétation des signes radiographiques des méningiomes de cette région. « Les troubles psychiques, « symptômes locaux », avant l'hypertension, sont si discrets que ni le malade, ni l'entourage, ne peuvent préciser leur date d'apparition ».

Le goût pour le travail, la capacité de travail sont diminués, même chez les ouvriers manuels, la totalité du caractère est modifiée, l'instabilité apparaît accrue, rarement c'est un état de dépression ou d'euphorie (2 cas seulement de Moria relevés par Olivecrona), exceptionnellement un véritable état démentiel peut s'observer. La diminution de la faculté de jugement et le ralentissement de tous les processus psychiques peuvent être notés comme dans toutes les hypertensions intracraniennes.

Vivien a insisté récemment sur l'extrême latence des méningiomes sagittaux et parasagittaux, dont la clinique peut se résumer à des signes discrets : vague céphalée, parésie peu apparente et très localisée. Les épreuves paracliniques usuelles (E.E.G., artériographie) restent souvent en défaut au début, alors que le tableau clinique est devenu plus éloquent. Il faut donc attribuer une importance considérable aux troubles psychiques accompagnés de crises bravais-jacksoniennes à début crural, à l'asnomie unilatérale et aux signes « à distance » discrets : atteinte du trijumeau, du facial périphérique, diabète insipide, troubles du langage.

Nous-même avons collationné 3 méningiomes de la faux et 3 parasagittaux.

L'observation 11 montre un tableau démentiel « frontal » dont l'évolution remonte à de très nombreuses années.

L'observation 12 relate des troubles neurologiques accompagnés d'une symptomatologie psychique, qui a été accrue à l'occasion d'événements familiaux importants. Cette observation montre particulièrement (encore) la difficulté de distinguer la véritable étiologie des troubles, vu l'intrication des facteurs.

L'observation 14 montre un tableau classique.

Dans l'observation 15, le début des troubles est représenté par un syndrome schizophrénique.

Dans l'observation 16, nous avons des crises comitiales de sémeiologie atypique; la tumeur est droite; il n'y a pas de troubles mentaux évidents ni d'hypertension intracranienne.

Les méningiomes olfactifs.

Ils furent longuement étudiés par David et Askenasy. Ils en décrivent trois types : moyen, antérieur ou postérieur. Le développement peut être unilatéral, bilatéral, symétrique ou non. Le type postérieur « méningiome olfacto-tuberculaire » fait la transition avec les méningiomes du tubercule de la selle. Leur symptomatologie se rapproche de celle de ces der-

niers. D'ailleurs, souvent, les méningiomes sont très volumineux et réalisent des « formes totales ». Au début de l'évolution, les troubles qui restent souvent latents peuvent être groupés sous quatre rubriques : céphalées, troubles de l'olfaction (bien que souvent les premiers à apparaître, ils restent souvent ignorés), troubles oculaires constants. Les troubles mentaux sont d'ordinaire tardifs, ce qui semble aux auteurs assez surprenants, les méningiomes olfactifs comprimant en général précocement les 2 lobes frontaux.

Dans 2 cas, le début fut à symptomatologie psychique. Dans un cas, on note une diminution progressive de l'activité du malade avec désintérêt : le malade délaisse la peinture, sa distraction préférée, et ne peut assurer son travail professionnel, ce pour quoi il est congédié. « Il ne peut se raser correctement. En promenade, il s'arrête longuement, parfois pendant une heure, pour regarder ses souliers. Son bain terminé, il refuse de quitter la baignoire, même si on la vide ». Les autres symptômes (troubles oculaires) n'apparurent que cinq ans et demi plus tard.

A la période d'état, les modifications psychiques sont notées chez 11 malades (les auteurs, qui ont opéré 26 méningiomes, n'en ont gardé que 13 pour leur étude symptomatologique). Dans 5 cas, elles dominent la scène; dans les autres cas, elles sont moins évidentes. Avec Olivecrona et Urban, les auteurs pensent qu'il n'y a pas de modifications psychiques particulières aux méningiomes olfactifs. Ils décrivent les différents tableaux rencontrés : dépression, euphorie, moria, pseudo P.G., syndrome de Korsakoff.

« L'interrogatoire met en évidence de l'amnésie, un changement de caractère et surtout une apathie progressive ». Les troubles aphasiques sont exceptionnels. Les auteurs rapportent encore, dans leur article, une observation de manifestations hallucinatoires visuelles chez une malade atteinte de cécité. « Ces visions se produisent en pleine conscience »

Dans notre chapitre consacré aux lobectomies, nous

avons retrouvé une observation de méningiome olfactif de David et Askenasy. Le malade présentait une apathie assez nette, une indifférence marquée; les troubles portaient plus sur la sphère affective que sur la sphère intellectuelle.

Etudiant nos trois méningiomes olfactifs, nous ne trouvons, dans l'observation 17, aucun trouble psychique décrit, et dans les observations 18 et 19, des troubles psychiques insérés dans le tableau clinique contemporain de l'H.I.C. Les troubles de la mémoire paraissent ici encore surtout nets dans leurs manifestations spontanées.

Les 2 observations relatives aux méningiomes jugo-olfactifs (observations 20 et 21), ainsi que le méningiome olfacto-orbitaire gauche (observation 29), ne comportent pas de troubles psychiques signalés. Par contre, l'observation 30, relative à un méningiome olfacto-orbitaire bilatéral, mentionne des troubles de type dépression asthénique.

Les méningiomes du tubercule de la selle

Quant aux méningiomes de la selle, nous en relevons 7 observations. Dans 4 d'entre elles, il n'y a pas d'hypertension intracranienne.

Les troubles visuels peuvent permettre un diagnostic assez précoce, avant que les troubles psychiques ne soient apparus (observation 27). L'apathie paraît le trouble le plus fréquemment rencontré; les troubles de l'humeur paraissent assez nets; nous y trouvons des tableaux cliniques qui se rapprochent des syndromes dépressifs (asthénie, amaigrissement, insomnie). L'indifférence est notée assez fréquemment; dans un cas (observation 25), nous trouvons l'euphorie qui accompagne un tableau démentiel.

Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde

Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde forment la transition entre les tumeurs comprimant le lobe frontal ou le lobe temporal.

Beaucoup d'auteurs éliminent leurs études du cadre des tumeurs frontales. Nos observations (31 à 37) sont relatives à des méningiomes de volume important; souvent, les tumeurs sont fronto-temporales. Deux tumeurs droites (observations 31 à 32) ne comportent pas de troubles psychiques importants notés. L'observation 36 se caractérise par des troubles agoraphobiques. Seule l'observation 35 présente des troubles mentaux nets à type de démence; la malade présente une tumeur volumineuse ayant entraîné une forte hypertension intracranienne. Les troubles psychiques ne furent pas signalés dans nos 2 observations relatives à 2 volumineux méningiomes du ptérion.

Les méningiomes multiples

Nous avons mis à part quatre observations (obs. 39 à 42) relatives à des méningiomes multiples. Les 2 premières ne mentionnent pas de troubles psychiques, aussi Capdevielle n'y fait pas allusion dans sa thèse. L'observation 41 est relative à une jeune fille qui se présente comme une débile, comitiale depuis 4 ans. Les troubles psychiques semblent remonter à l enfance. Etaient-ils déjà en rapport avec la tumeur ?

Dans l'observation 42, nous trouvons des antécédents psychiatriques. La malade se présente, au moment de l'examen, comme une démente avec un syndrome d'H.I.C. Cinq ans après l'intervention, elle présente des troubles de type névropathique; dans ce cas, nous pensons que la tumeur a donné une teinte particulière aux troubles psychiques.

II. - TUMEURS INTRINSEQUES

Même en adoptant une classification régionale, il ne nous a guère été possible de trouver des relations entre les différents groupes présentés et leur localisation.

Nous n'avons guère pu isoler de syndrome clinique qui serait caractéristique d'une localisation. Nous pouvons peut-être faire une exception pour les tumeurs gliales du lobe orbitaire.

Le syndrome « apathie-akinésie-perte de l'initiative » qui a été décrit pour cette localisation fut retrouvé par nous assez nettement dans 6 cas. Dans un cas (obs. n° 83) le tableau clinique fut celui individualisé au début de la maladie; au stade préopératoire, le malade se présentait avec un tableau moriatique et faisait de nombreux jeux de mots. Dans le septième cas (obs. n° 51), l'observation ne mentionne que l'euphorie comme manifestation mentale chez un malade ancien colonial, éthylique, comitial depuis 2 mois.

La symptomatologie psychique ne permet guère de différencier les tumeurs frontales des tumeurs fronto-calleuses ou calleuses; les troubles semblent d'ailleurs assez identiques, quel que soit le côté de la tumeur.

ESSAI DE GROUPEMENT DES SYMPTOMES D'APRÈS LA NATURE HISTOLOGIQUE

Nous avons essayé de faire de multiples classifications. Nous avons étudié les méningiomes dans notre essai d'étude topographique; nous ne reprendrons donc pas leur étude. Pour les autres tumeurs, essentiellement les gliomes, il était tentant de séparer les gliomes d'après les résultats de l'anatomie pathologique. Ici encore les difficultés sont nombreuses, car les transformations morbides sont fréquentes. Par ailleurs, les résultats anatomopathologiques, s'ils correspondent dans l'ensemble à ce que nous savons de l'évolution habituelle de ces tumeurs, sont quelquefois passibles de critiques. C'est ainsi que dans une observation que nous a confiée Monsieur le Professeur Delmas-Marsalet (voir observation VII de Le Henand), nous retrouvons les signes neuro-psychiatriques typiques des tumeurs frontales. L'ablation de la tumeur, pourtant de 140 grs, localisée à la zone prérolandique gauche, fut assez facile. Le diagnostic histologique fut celui d'un glioblastome multiforme (Bailey et Cushing) ou gliome à cellules indifférenciées (Roussy et Oberlin). La malade, 15 ans après, est encore

en excellente santé à tous les points de vue, malgré ses 68 ans, et n'a jamais reçu de radiothérapie. Les coupes histologiques furent examinées pourtant par de nombreux histologistes qui confirmèrent le diagnostic porté. Le tableau clinique neurologique cependant évoque le tableau individualisé par Ectors pour les méningiomes de la 3e frontale (hémiplégie homolatérale gauche avec difficulté d'évocation des mots).

Tous les territoires de la tumeur ne sont pas toujours examinés, ce qui a pu entraîner suivant les auteurs des diagnostics différents. Par ailleurs, souvent, on trouve sur une même préparation, ou suivant les territoires examinés, des tumeurs de type différent.

Au point de vue pratique, l'aspect de gliome malin ou bénin est souvent seul retenu, mais nous savons que de nombreuses tumeurs primitivement bénignes peuvent se transformer en tumeurs malignes. D'autre part, à l'examen, certaines tumeurs se présentent comme des glioblastomes, mais on y trouve des territoires plus différenciés; il est difficile de savoir s'il y a coexistence des deux tumeurs ou succession de celles-ci.

Si nous nous référons aux études statistiques faites à Lyon, par Mlle Roche, nous constatons la présence de troubles mentaux comme signes d'appel 4 fois sur 18 glioblastomes et 4 fois sur 39 astrocytomes. A la période d'état la symptomatologie psychiatrique se manifeste 2 fois sur 3 pour les glioblastomes et 1 fois sur 3 seulement pour les astrocytomes. Sur 9 oligodendrogliomes, le début ne fut jamais marqué par des troubles psychiques et ils ne sont signalés que 3 fois lors de l'étude séméiologique.

L'étude des premiers symptômes qui est capitale, ainsi que nous le montrions dans notre étude des facteurs mécaniques, est très difficile à réaliser. Il est, en effet, habituel que l'on ne note d'emblée que le symptôme qui semble prédominant, celui pour lequel le malade consulte; en réalité, l'anam-

nèse montre souvent que d'autres troubles avaient existé, mais le malade ou son entourage ne les avaient pas remarqués; par ailleurs, l'anamnèse chronologique est particulièrement difficile chez beaucoup de nos malades, justement du fait de leurs troubles mentaux : amnésie, fabulation, indifférence en particulier. L'intrication de facteurs inexacts invoqués par la famille rend elle aussi cette étude très difficile.

Nous pensons pouvoir dissocier les tumeurs intrinsèques en deux groupes différents : les tumeurs non actives et les tumeurs actives.

Nous ne reprendrons pas l'étude des méningiomes, que nous venons de voir dans notre essai de classification suivant la topographie.

I. - TUMEURS NON-ACTIVES

Par tumeur non active, nous entendons celle n'entraînant pas de destruction du tissu nerveux qui est infiltré. Dans ce groupe, nous avons rangé les métastases, les oligodendrocytomes, certains astrocytomes (protoplasmiques) et les glioblastomes isomorphes.

Les métastases.

La séance du 30 novembre 1955 de la Société des Amis de Clovis Vincent fut consacrée aux tumeurs métastatiques du cerveau (Semaine des Hôpitaux de Paris, 1956, n° 27). Le tableau clinique de ces métastases est celui d'une tumeur d'évolution si rapide que l'œdème papillaire n'y existe qu'une fois sur deux, alors que les céphalées sont constantes ou presque. Si l'origine pulmonaire ou mammaire est la plus fréquente, aucun des rapports ne fait état de la fréquence des sièges de celles-ci, ni de la symptomatologie psychique. Celle-ci serait donc au second plan.

Nous relevons 5 métastases frontales. La comitialité y fut rencontrée dans 4 cas comme manifestation primitive. L'une

d'elles fut prise pour un ictus vasculaire. L'erreur est d'ailleurs fréquente. Les troubles parétiques y sont pratiquement constants; dans un cas, ils n'apparaissent que post-critiques. Au point de vue psychique, nous retrouvons les différents aspects que nous avons décrits dans notre syndrome frontal.

Les oligodendrocytomes.

Nous en relevons 7 cas. 6 sont relatifs au sexe masculin. L'épilepsie y est mentionnée 5 fois. Dans les 2 cas où elle ne l'est pas, nous trouvons dans l'observation : « chute de moto sans traumatisme cranien ? » ou le « malade présente des épisodes céphalalgiques avec confusion passagère »... « les troubles analogues sont relevés par intermittences ». Au point de vue mental, dans 4 observations, il n'y a pas d'indication de troubles psychiques; dans un cas, la malade fut considérée comme « psychopathique » par les nombreux cardiologues que la malade consulta pendant un an et demi pour des crises à manifestations précordialgiques. Deux fois, les troubles mentaux sont relevés. Ils apparaissent au stade d'hypertension intracranienne : indifférence allant jusqu'à l'euphorie; la tumeur occupe tout le lobe frontal et préfrontal, a envahi le corps calleux dans un cas, le côté opposé dans l'autre. Dans le premier cas, le malade vient d'avoir des crises comitiales subintrantes pendant 8 jours, et dans l'autre, il vient d'être traité par électro-choc.

L'observation 5 de Demangeat, relative à une fille de 12 ans, montre une symptomatologie analogue : épilepsie d'allure essentielle pendant 20 mois; état de mal révélateur du syndrome d'hypertension intracranienne. L'état mental, normal jusqu'à ce moment-là (scolarité normale) devient seulement au moment de l'examen, de type moriatique.

Les astrocytomes protoplasmiques.

Ce sont des tumeurs molles, infiltrantes, peu vasculaires. Les cellules sont souvent « engraissées ». Le tissu cérébral est

infiltré et non envahi, ce qui entraîne le minimum de dégénérescence.

Ils semblent donner le minimum de troubles. La comitialité semble être très fréquemment le premier signe; elle paraît longtemps d'origine essentielle. Au point de vue psychique, ce sont sans doute les manifestations de type dépressif qui paraissent les plus souvent observées. L'indifférence ne survient que par la suite, pouvant s'intégrer bientôt dans un état démentiel, lequel sera parfois ultérieurement de teinte euphorique; mais la tumeur s'est ici transformée en une forme plus maligne, elle est alors active.

Les glioblastomes isomorphes.

Nous n'en avons relevé que 4 cas. Ici encore, la symptomatologie reste longtemps fruste. Les manifestations psychiques sont rares et n'apparaissent que tardivement.

Les tumeurs non actives du lobe frontal sont donc caractérisées au début de leur évolution par une absence presque complète de symptomatologie. Quand celle-ci existe, elle est le plus souvent très fruste. La comitialité s'y rencontre volontiers et l'origine essentielle semble probable. Les troubles ne deviennent en règle évidents que lorsque la tumeur a pris un volume considérable, entraînant l'hypertension intracranienne, c'est-à-dire lorsque la tumeur s'est transformée, est devenue active.

II. - LES TUMEURS ACTIVES

Les tumeurs actives comprennent tous les autres gliomes : astrocytomes fibreux, astroblastomes et gliomes hétéromorphes.

Ces tumeurs développent tout particulièrement un œdème péritumoral; l'hypertension intracranienne les caractérisera. Par ailleurs, ces tumeurs, d'évolution assez rapide, produisent souvent des kystes; d'autres fois, elles vont se nécroser, provoquer des hémorragies.

Auriat étudia les gliomes cavitaires du point de vue anatomique, histologique et clinique. Il trouve surtout un extrême polymorphisme des troubles, en particulier au point de vue psychique. Les symptômes psychiques lui semblent peu caractéristiques et indépendants de la localisation; ce qui paraît le plus net, est la possibilité de variations avec des régressions plus ou moins longues, quelquefois complète de tous les troubles. Ces troubles portent sur la curiosité, l'attention et l'initiative. La paresse intellectuelle va jusqu'à la torpeur. L'affectivité est particulièrement touchée et on constate surtout une indifférence. L'auteur distingue ainsi plusieurs formes cliniques : psycho-paralytiques simples, encéphalitiques, apoplectiques et méningées.

Ceci explique les difficultés de diagnostic de telles tumeurs; l'analyse de nos observations montre souvent ces variations de symptomatologie.

FORMES MENTALES SUIVANT L'AGE

Tous les auteurs ont insisté sur le fait que la symptomatologie varie avec l'âge et que les tableaux cliniques se rapprochent souvent des affections psychiatriques des diverses époques de la vie. C'est ainsi que l'on trouve des formes simulant la démence précoce, des états démentiels profonds rappelant la P.G., la maladie de Pick et celle d'Alzheimer. Certains travaux ont été écrits dans cette intention.

Tumeurs du nourrisson.

Nous ne les avons pas retenues pour notre travail. Demangeat, sur les tumeurs observées à Bordeaux chez des enfants de 18 mois, en trouve 4 supratentorielles, dont 2 intéressent le lobe frontal : observation 21, gliome kystique frontal droit postéro inférieur chez une fillette de 8 mois, caractérisé surtout par une hydrocéphalie sans stase papillaire, avec vomissements et maladresse du membre supérieur droit et observation 20, bébé d'un an, astrocytome (probable) fronto-rolandique parasagittal gauche à début par troubles moteurs.

Mais chez le nourrisson les signes fonctionnels ne peuvent être analysés et l'hypertension intracranienne est rapidement prépondérante (le fond d'œil pouvant rester normal). Le développement psychomoteur doit être particulièrement bien connu. Les troubles psychique sont en rapport avec cette hypertension et ne sont guère caractéristiques; on y trouve une « hébétude grandissante » avec une faiblesse progressive.

De son étude dont les résultats sont comparés avec ceux de nombreuses publications, Demangeat conclut que les signes de dépression psychomotrice peuvent être les premiers en date. Il peut s'agir d'une stupeur qui augmente très vite; l'enfant a le regard fixe, ne s'intéresse à rien, ou bien somnole tout le long de la journée. Ces signes vont jusqu'à l'abattement, la prostration, le coma. Le désintérêt progressif peut s'accompagner de modifications du caractère avec irritabilité. Sur le

plan moteur, l'enfant peut ne pas tenir sa tête à 8 mois, ne plus pouvoir s'asseoir seul à un an. Contrairement à ce qui est affirmé par certains ouvrages, DEMANGEAT pense à la fréquence d'une altération de l'état mental, mais celle-ci est en rapport avec une hypertension (la tumeur étant toujours profonde et d'évolution souvent très rapide cliniquement). De même que les vomissements, les convulsions, tous les autres troubles sont difficilement rapportables à leur véritable cause.

Tumeurs de l'enfant.

Sur les 100 tumeurs étudiées par DEMANGEAT, 24 siégeaient au niveau des hémisphères; sur ce nombre, seulement 3 sont des angiomes et 4 ont été étudiées chez le nourrisson; elles ne sont donc pas rares. Au point de vue clinique, DEMANGEAT trouve une symptomatologie différente de celle rencontrée chez l'adulte pour un siège identique qu'il explique par la malléabilité du crâne, rendant la latence souvent importante, et par la grande malignité.

C'est ainsi qu'il trouve un psychisme normal pour l'observation 1, fille de 15 ans, atteinte d'un méningiome frontal qui a perforé la dure-mère pour envahir l'os.

Observation 3 - Garçon de 12 ans - Gliome kystique frontal droit apparenté au neuro-spongiome ou au médulloblastome. Cliniquement, il présente une hypertension intracranienne sans signe neurologique, d'apparition rapide, se traduisant par des céphalées avec vomissements, des troubles digestifs avec amaigrissement; la lecture ne se fait qu'avec fatigue et il ne va plus à l'école.

Observation 4 - Fille de 13 ans - Tumeur frontale postérieure gauche - Hypertension intracranienne mise sur le compte d'une encéphalite avec stase papillaire; mais on note que l'enfant est lucide, coopère bien.

Observation 5 - Garçon de 12 ans - Oligodendrocytome kystique frontal gauche. Le début se fait par des crises d'épi-

lepsie - Vingt mois avant l'intervention, l'examen reste négatif et le traitement anti-comitial semble efficace. L'enfant continue à aller en classe. Dix jours avant son entrée à l'hôpital, il présente un état de mal, les crises convulsives sont localisées au côté droit avec paralysie droite, aphasie post-critique et diplopie. A l'hôpital, la stase papillaire est énorme, surtout à droite, et l'on remarque un comportement geignard, une tendance aux jeux de mots et à des impulsions subites. Au total, un état psychiatrique de type moriatique avec bâillement répétés.

Observation 12 - Fille de 10 ans - Gliome frontal. L'enfant, malgré son hypertension intracranienne avec hémiplégie droite et diplopie est encore lucide pleinement trois jours avant son coma. Pas d'intervention.

Observation 13 - Fille de 8 ans - Enfant comitiale depuis l'âge de 20 mois répondant d'abord bien au traitement, d'ailleurs mal suivi. A l'examen pré-opératoire, « il ne semble pas y avoir de retard intellectuel ». L'hypertension intracranienne est évidente (céphalées, vomissements, stase papillaire bilatérale avec baisse de l'acuité visuelle). On note un strabisme fonctionnel. Grosse tumeur de type papillome dépassant le trou de Monro droit.

Observation 14 - Fille de 3 ans - Glioblastome frontal droit de type médulloblastome frontal droit. Depuis un mois et demi, l'enfant urinait au lit et bavait. Crise bravais-jacksonienne du membre supérieur gauche sans perte de connaissance précédant de vingt-quatre heures un coma progressif avec hypertension intracranienne. Deux jours après, lobectomie frontale subtotale permettant l'ablation de tout le tissu néoplastique, masse bourgeonnante, hémorragique, comportant plusieurs pseudo-kystes. L'évolution immédiate montre une récupération totale de la conscience et de la motricité. L'enfant, qui a subi un traitement radiothérapique, est revue régulièrement : Trois ans après, est en très bon état, de grande taille; son esprit est

éveillé, elle court et s'amuse comme une petite fille de son âge; son intelligence paraît tout à fait normale.

Ainsi donc, sur les 17 tumeurs hémisphériques collationnées lors du travail de Demangeat, il y en a 6 dont le siège prédomine sur le lobe frontal. Leur fréquence ne paraît donc pas négligeable.

Nous avons eu connaissance de 5 autres tumeurs frontales opérées depuis le travail de Demangeat.

Ce furent :

— Une tumeur frontale droite profonde (obs. 5370) chez un garçon de 7 ans, présentant des crises bravais-jacksonniennes gauches donnant un déficit transitoire. Le tableau d'hypertension intracranienne se précise; un changement de caractère est noté avant l'opération; à l'examen, l'enfant est très vif et éveillé.

— Un méningiome para-ventriculaire frontal gauche géant (200 g.) (obs. 53134) caractérisé surtout par son hydrocéphalie, chez un garçon de 5 ans. Les troubles mentaux ne sont pas notés.

— Un glioblastome frontal droit (obs. 5420) chez un garçon de 10 ans. Une crise comitiale un mois avant la découverte d'une hypertension intracranienne. A ce moment, l'enfant est très amaigri, somnolent, l'examen neurologique révèle des troubles discrets; la tumeur pesait cependant 109 grammes.

— Un neurinome (?) kystique de l'étage antérieur (obs. 55233); chez une fille de 14 ans.

— Un ependymoblastome frontal droit kystique (obs. 5487) chez un garçon de 3 ans.

La psychologie de l'enfant est particulièrement difficile à étudier. Un seul cas (obs. 5 de Demangeat) présente un tableau moriatique. Une atonie est notée, mais elle ne peut être mise au compte d'une origine psychique. L'enfant continuait à fréquenter l'école pratiquement jusqu'à son opération. Les troubles mentaux paraissent absents très souvent, même avec une forte hypertension intracranienne.

Dans l'étude de Romagny sur les tumeurs cérébrales de l'enfant et de l'adolescent portant sur 93 observations, dont 16 s'avèrent certainement non tumorales, et 13 ne sont pas vérifiées , nous n'en relevons que 8 relatives à la convexité. La seule tumeur frontale (obs. 3) est un astrocytome, syndrome d'hypertension intracranienne chez une fille de 16 ans.

On trouve, par contre, une observation avec d'importants troubles psychiques chez un garçon de 11 ans (obs. 56) comitial depuis l'âge de 5 ans. L'intervention découvre un méningiome de 220 gr. de la région sylvienne, évoluant d'ailleurs surtout vers la région temporale; l'enfant a toujours été un retardé.

Tumeurs après 50 ans.

Dans son travail, Mlle Brossard souligne que les tumeurs cérébrales après 50 ans, sont souvent signalées par des accidents circulatoires cérébraux, d'ailleurs beaucoup plus fréquents. « L'hypertension artérielle, les lésions artérielles préexistantes modifient l'évolution des T.C. en favorisant l'apparition d'accidents hémorragiques ou malaciques, à l'intérieur ou au voisinage de la tumeur. Les accidents vasculaires peuvent donner un tableau d'hypertension intracranienne. » Elle conclut à l'importance des examens complémentaires pour trancher le diagnostic, et à la nécessité d'un diagnostic précoce pour obtenir une guérison que, seule, la neuro-chirurgie peut assurer.

Les problèmes posés chez ces malades ne se différencient guère de ceux de l'adulte.

LES ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES

Les associations pathologiques sont la règle et elles expliquent la difficulté fréquente du diagnostic; c'est ce qui ressort de la lecture de nos observations. D'ailleurs, l'origine des troubles n'est pas toujours uniquement tumorale. Nous examinerons ici quelques associations très fréquentes.

Les traumatismes.

Le traumatisme peut être à l'origine de tumeurs surtout gliomateuses. De très nombreuses études ont été écrites sur ce sujet de la plus haute importance au point de vue médico-légal. Il est certain, par ailleurs, que nombre de traumatismes sont en rapport avec un phénomène de type comitial, sans que l'origine épileptique en soit toujours prouvée. Le traumatisme peut être l'élément simplement révélateur de la tumeur, qui sera alors diagnostiquée; mais le syndrome secondaire des traumatisés craniens dont la symptomatologie est souvent analogue à celle de nos malades, peut être l'occasion d'erreur de diagnostic. Le traumatisme peut aussi entraîner des phénomènes vasomoteurs, des hémorragies et des poussées d'œdème, qui rendent le problème très délicat.

L'alcoolisme.

L'alcoolisme est fréquent dans nos régions; on a pu lui attribuer indûment l'exclusivité de troubles du caractère et de production de phénomènes comitiaux.

Le passé psycho-névropathique.

Le passé psycho-névropathique peut aussi, dans quelques cas, être l'objet d'erreurs, ceci d'autant plus que des améliora-

tions thérapeutiques peuvent apporter, au moins momentanément, des rémissions.

D'autre fois, les troubles psychiatriques peuvent être rattachés à un épisode pathologique de la pratique courante, par exemple, à des manifestations de type céphalalgique, hépatique ou grippal, où les intrications psychosomatiques sont fréquentes. Ou bien, la symptomatologie évoque des manifestations névropathiques, hypochondriaques, en rapport avec des problèmes psychologiques probables plus ou moins bien mis en évidence.

La détérioration psychique est souvent difficile à apprécier : le « coefficient intellectuel » précédant la maladie est d'ordinaire inconnu, et le nombre de malades qui étaient préalablement anxieux ou débiles légers, est assez important; il est donc difficile de savoir ce qui peut être attribué à leur état maladif, compte tenu de l'état antérieur.

L'épilepsie.

Du compte rendu des Assises de Médecine consacré aux états convulsifs (nos 3 et 4 - 1955) nous extrayons quelques éléments statistiques intéressants pour la comparaison avec les cas que nous avons rencontrés dans nos tumeurs frontales. Oules cite Lennox, qui trouve l'épilepsie dans 0,5 % de la population générale; les travaux récents et l'électro-encéphalographie ont montré que 9/10 des épileptiques sont atteints d'une diathèse spéciale. Actuellement, on tendrait à remplacer l'opposition classique entre les épilepsies essentielle et symptomatique, par celle émise récemment entre l'épilepsie sous-corticale (diencéphalique ou non) et l'épilepsie corticale localisée (notamment bravais-jacksonnienne). Toutes les épilepsies se caractérisent par une « destruction de la conscience ». Guerin, après une étude statistique de 330 cas, vus selon l'âge, le mode de début et l'évolution, étudie les troubles neuro-psychiatriques importants qui y sont associés. Parmi les 20 troubles neurologiques notés, il en trouve 4 d'origine tumorale, et

parmi les troubles psychiques, il note 18 débiles, 2 idiots, 6 troubles importants du caractère, 2 très gros « retards somato-psychiques » chez des jeunes enfants, 1 affaiblissement démentiel et 2 délires hallucinatoires.

Oules étudie les aspects psychologiques et psychanalytiques de la mentalité épileptique; et il décrit la « manière d'être-au-monde-épileptique». C'est ainsi que la séméiologie psychique inter-critique comporte :

1. Un ralentissement de l'activité intellectuelle, bradypsychie ou lenteur des idées, en même temps que viscosité.

2. Des troubles de l'humeur et du caractère - où on peut trouver l'angoisse, l'euphorie isolée, ou de véritables états maniaco-dépressifs ou confuso-oniriques, et quelquefois les états crépusculaires épileptiques.

3. Des troubles instinctivo-affectifs.

Paul, de son côté, décrit 8 syndromes mentaux que peut réaliser l'épilepsie, et il étudie successivement le syndrome confusionnel, le syndrome d'excitation maniaque, le syndrome dépressif, le syndrome oligophrénique, le syndrome délirant et hallucinatoire, le syndrome obsessionnel, le syndrome démentiel et enfin, le syndrome psychomoteur à forme d'automatisme et d'impulsion.

Pauly, dans sa statistique portant elle aussi sur 300 cas, en trouve 8 % d'origine tumorale (2 % vérifiés).

Dans le chapitre « Causes de l'épilepsie », Rosey insiste sur les néo-formations intra-craniennes. Toutes les tumeurs cérébrales, quelle que soit leur nature histologique, constituent la cause majeure des épilepsies symptomatiques de l'adulte. Ce sont surtout les tumeurs frontales ou temporales qui se révèlent par des crises comitiales. Rouzaud signale la fréquence considérable de l'épilepsie au cours des tumeurs, et il en donne une étude de leurs multiples formes cliniques. Le Professeur Paillas conclut lui aussi à la fréquence des tumeurs cérébrales méconnues, les localisations les plus fréquentes étant tempo-

rales et frontales. Sur 405 tumeurs cérébrales et sous-tentorielles qu'il a étudiées, 170 furent épileptogènes.

Nous-même, relevons 40 fois des crises comitiales (quel qu'en soit le type) sur 90 gliomes (44,5 %), et 19 fois sur 42 méningiomes (dans 4 cas, les crises ne sont que probables) - soit un pourcentage très légèrement inférieur.

Manifestations vasculaires à distance.

Il est admis par tous les neuro-chirurgiens qu'il ne faut pas lier les deux artères cérébrales antérieures, car cette ligature entraîne toujours des troubles mentaux importants et souvent un coma mortel; le rôle du lobe frontal paraît donc évident bien que ces deux artères vascularisent aussi le genou du corps calleux et la tête du noyau caudé.

Nos observations confirment l'opinion classique à savoir que de nombreuses tumeurs cérébrales, en particulier les tumeurs frontales, ont une symptomatologie pseudo-vasculaire; nous avons trouvé de nombreuses interréactions entre les tumeurs et la vascularisation de l'encéphale que la symptomatologie neuro-psychiatrique reflète bien.

Pourtant nous avons été frappé par la possibilité de réactions vasculaires à distance. Déjà, Le Beau avait signalé la possibilité d'œdème localisé dans les territoires opposés de l'encéphale, surtout dans les tumeurs frontales; dans notre série d'observations nous en avons trouvé deux où l'artériographie montra des images de fausse thrombose. Dans le premier cas (obs. n° 73), il existait un spasme au-dessus du siphon; à noter que la veille, le malade avait reçu une injection para-artérielle; l'opération confirma la présence de la tumeur qui fut localisée par la ventriculographie. Dans l'autre cas (obs. n° 60), le diagnostic de thrombose de la carotide interne sembla le seul acceptable malgré une symptomatologie atypique; l'évolution, après sympathectomie péri-artérielle et traitement anti-coagulant, et de nouveaux examens artériographiques, permirent de

rectifier le diagnostic; la carotide était perméable avant l'opération qui permit l'exérèse d'un glioblastome. Nous avons lu des constations analogues dans quelques publications, mais dans tous les cas, il s'agissait de tumeurs frontales; les images de spasmes en amont d'un anévrysme intracranien sont fréquents pour Gros et Minvielle. De Grood publia en 1954 une « observation d'anévrysme disséquant carotidien »; elle concerne un homme de 50 ans présentant un syndrome frontal; l'artériographie montre un arrêt complet du produit de contraste au niveau de C 3; le malade fut opéré après ventriculographie d'un glioblastome frontal. En 1952, le Professeur L. Pouyanne et les Docteurs H. Pouyanne, L. Arne et P. Leman publièrent, de leur côté, une observation d'un abcès frontal; l'image de thrombose siégeait sur la cérébrale antérieure; après ablation en masse de cet abcès, il y eut récupération fonctionnelle et reperméabilisation de l'artère.

Si certaines tumeurs cérébrales, en particulier les tumeurs frontales, peuvent avoir une symptomatologie pseudo-vasculaire, il existe, par contre, des syndromes vasculaires qui se présentent comme des tumeurs. L'artériographie cérébrale permet en général de différencier les deux tableaux. Elle objective dans quelques cas ce que nous rencontrons en clinique sous forme de phénomènes transitoires qui sont d'ailleurs mis sur le compte de spasmes vasculaires, ces derniers peuvent expliquer certaines crises comitiales et certains troubles psychiques; ceux-ci seraient dus à une anoxie transitoire d'un territoire plus ou moins localisé de l'encéphale.

Ici aussi, relevons la grande difficulté de savoir, si chez un comitial, les troubles psychiatriques doivent être attribués à sa comitialité ou à sa tumeur; souvent, d'ailleurs, des facteurs prémorbides, traumatiques, éthyliques ou psychonévropathiques peuvent être associés, rendant le problème encore plus complexe. Les thérapeutiques peuvent aussi intervenir dans les modifications de la symptomatologie et il est difficile

d'en faire la part : traitement barbiturique entraînant une certaine somnolence, sismothérapie donnant des troubles de la mémoire.

Les diverses associations expliquent les nombreuses difficultés du diagnostic clinique, mais aussi, la difficulté qu'il y a à interpréter des troubles pourtant suffisamment bien décrits dans les observations. Il est souvent difficile de trancher dans un sens ou dans l'autre. Nous l'avons fait cependant dans un certain nombre de cas, sans nous dissimuler que des opinions différentes pourraient certes être soutenues; nous retrouvons dans l'analyse de nos observations les difficultés habituelles à la Médecine en général, et à la Psychiatrie en particulier, où des thèses divergentes peuvent exister. Dans d'autres cas, nous avons préféré laisser un doute pour rester le plus possible dans l'objectivité; en effet, nous avons renoncé à établir un tableau synoptique de nos observations, car dans un nombre considérable de celles-ci, les intrications de facteurs étiopathogéniques sont trop importantes pour permettre de trancher.

Toutes ces raisons font que les statistiques sont très difficiles à établir et plus ou moins faussées. D'ailleurs, elles n'ont guère été établies que dans un très petit nombre de cas et dans des études anciennes. Une statistique de notre part éviterait ce défaut, mais les difficultés que nous avons mentionnées nous empêchent d'aboutir et existeront probablement toujours.

SPECIFICITE DU SYNDROME FRONTAL

L'analyse de nos observations nous a montré la non-constance d'un syndrome psychiatrique frontal. Certes, l'étendue des lésions et leur siège ne sont pas identiques, mais des lésions identiques ne donnent pas toujours des troubles et quand ceux-ci existent, ils ne sont pas univoques.

Si nous trouvons à peu près constamment une personnalité différente, d'un caractère que nous avons appelé infantile (pour ne pas employer celui de névrotique) ou régressif pré-démentiel (au sens baisse de l'intelligence) nous avons pu brosser aussi des tableaux cliniques de types opposés moriatique ou dépressif, plus souvent encore une athymie; l'évolution clinique nous montre fréquemment un passage entre ces différents états, qui évoluent de l'asthénie à la moria, laquelle disparaît à son tour, quand la conscience s'éteint. Ainsi donc, on ne peut guère décrire un syndrome spécifique de localisation frontale.

Le syndrome décrit ne se rencontre-t-il que dans les syndromes frontaux ?

La littérature abonde d'articles critiquant la théorie des localisations et notre modeste expérience nous permet de conclure que l'on ne peut sur la seule clinique psychiatrique faire le diagnostic de localisation.

Au stade d'hypertension intra-cranienne, tout le fonctionnement cérébral est perturbé et on ne peut dire quelle est la localisation qui intervient dans la production du trouble. La région hypothalamique et surtout actuellement les zones réticulées du tronc cérébral auraient un rôle qui serait prédominant dans la production des troubles psychiques. C'est ainsi que de très nombreux auteurs croient que les manifestations de type asthénique (phase mineure de la dépression) relèvent

d'une hypertension intra-cranienne encore sans céphalées ni vomissements ni troubles oculaires. Notre intention n'est pas de reprendre l'étude de la stase papillaire dont la précocité est loin d'être la règle et qui, d'autre part, peut n'être pas constante. D'autres signes oculaires comme l'élévation tensionnelle des vaisseaux rétiniens ont aussi leur importance. Nous observons souvent une symptomatologie assez variable chez nos malades, bien explicable par les fluctuations d'un œdème cérébral dont la manifestation clinique peut n'être pas encore évidente. Par ailleurs, l'œdème cérébral, d'ordinaire péri-tumorale et pour lequel la gêne de la circulation de retour serait un des facteurs prédominants, peut au contraire exister à distance de la tumeur et le trouble de la circulation de retour ne peut être alors invoqué. Ces œdèmes à distance peuvent être localisés.

Ainsi donc, au stade d'H.I.C., il est impossible d'affirmer la prépondérance du rôle du lobe frontal dans la symptomatologie, cependant il doit jouer un rôle, comme nous allons le voir.

Les tumeurs d'autre localisation, même en dehors de toute hypertension intra-cranienne, peuvent donner une symptomatologie se rapprochant du syndrome frontal que nous avons décrit; Lacube, dans son étude des troubles mentaux de la fosse postérieure, insiste là-dessus. Au stade d'hypertension intra-cranienne, ceci devient encore plus évident. Il est classique d'ailleurs de dire que les malades présentent une « lobotomie » spontanée. N'importe quelle localisation peut ainsi réaliser un tel tableau, mais parmi les localisations cérébrales sans tableau neurologique net, la place du lobe temporal nous semble privilégiée. Le tableau mental est souvent très proche de celui que nous avons décrit. De nombreux malades nous ont été signalés récemment comme pouvant enrichir notre étude, d'autant plus que l'examen neurologique y était pratiquement négatif, hormis quelques phénomènes de type apraxique; des « syndromes schizobasiques » furent aussi rencontrés;

mais la symptomatologie psychiatrique ne nous permettait pas de conclure, aussi attendions-nous le résultat des épreuves complémentaires ou opératoires. Nos malades présentaient une tumeur temporale droite souvent profonde. Une d'entre elles, pour laquelle nous avions admis comme probable un siège fronto-calleux, avait ainsi une tumeur gliomateuse franchement temporale. La seule consolation que nous pourrions d'ailleurs avoir est que cette tumeur franchissait la vallée sylvienne; la symptomatologie neurologique déficitaire apparaît juste au stade pré-opératoire. L'étude du champ visuel qui pourrait être d'une grande utilité pour la différenciation de deux localisations par la présence d'une hémianopsie latérale homonyme est souvent très difficile à faire, vu le psychisme de ces malades. Par ailleurs, comme y insiste récemment Ectors, la lésion de l'aire 8 entraîne la pseudo-hémianopsie.

En somme nous n'admettons pas la spécificité du syndrome frontal, mais nous croyons cependant à l'importance du lobe frontal dans la production de ce syndrome. Ainsi les manifestations au stade d'hypertension semblent provenir du mauvais fonctionnement de la partie frontale.

Une objection est très souvent faite pour minimiser le rôle du lobe frontal. En effet, on constate que l'opération qui crée souvent des dégâts plus importants que ceux réalisés par la tumeur, loin d'aggraver les troubles, les fait disparaître ou les modifie dans un sens favorable. Cette objection qui fut faite à la conception des troubles de l'équilibre de provenance préfrontale était refutée par M. le Professeur Delmas-Marsallet en 1935. En effet, il considérait que la sémiologie créée par une lésion focale du cortex dépend d'une condition double : d'une part, le déficit propre du territoire lésé; d'autre part, les conditions nouvelles du fonctionnement qui en résultent pour la partie restante du cerveau. C'est ainsi qu'il faut distinguer deux sémiologies, celle relative à la « partie marquante », et celle relevant de la « partie restante ». Cette théorie de la « partie restante » nous permet de considérer que l'hypertension intracranienne, les œdèmes, les distensions ventriculaires, les trou-

bles vasomoteurs, vont gêner le fonctionnement de territoires du cerveau qui ne sont pas directement intéressés par la tumeur elle-même. Les facultés de compensation que ces parties restantes possèdent sont ainsi plus ou moins inhibées par l'hypertension. Avec l'opération, on substitue un déficit cortical fixe au déficit variable créé par la tumeur, et on supprime le facteur hypertension; l'inhibition de la partie restante est alors levée. A cela, il faut ajouter que le déficit que nous avons admis n'est pas toujours fixe; c'est ce que la pratique nous révèle, puisqu'il peut y avoir des cicatrisations déficientes génératrices de troubles analogues à ceux de la tumeur, sans que la récidive soit obligatoire.

Dans ce cas, les troubles sont souvent fonctionnels et certains traitements permettent de montrer leur origine dynamique. Cette notion développée pour les troubles de l'équilibre nous semble valable pour les troubles mentaux et semble expliquer les différences trouvées entre les tableaux pré et post-opératoire. Il faut d'ailleurs un certain laps de temps pour que le territoire restant puisse avoir un fonctionnement normal; il faut un certain temps aussi pour que la récupération se fasse; l'œdème ne se résorbe pas en un jour. C'est ainsi que sur le plan neurologique, on trouve pendant un certain temps une persistance de la stase papillaire; c'est ainsi que l'on trouve des atrophies optiques post-stase après intervention, mais ceci n'est pas constant. C'est dans le but d'éviter la cécité que les premières opérations neuro-chirurgicales furent faites; elles ne visaient alors qu'à la décompression (Thèse Burucoa Bx. 1952).

D'ailleurs, des thérapeutiques anti-œdémateuses (solutions hypertoniques de glucose ou mieux de sulfate de magnésie) permettent dans une certaine mesure de montrer le rôle de la partie restante, tant sur le plan neurologique que sur le plan psychiatrique. Déjà Baruk dans sa thèse insistait sur leur valeur pour le diagnostic de troubles mentaux d'origine tumorale.

Ainsi donc, l'hypertension intra-crânienne peut être considérée comme un facteur sensibilisant la sémiologie; trop sou-

vent encore nos malades n'arrivent en neuro-chirurgie qu'au stade de sensibilisation, car les troubles semblaient jusque-là très minimes.

Au stade d'hypertension intracranienne, tous les tableaux psychiatriques peuvent être rencontrés; les perturbations de la sphère intellectuelle pratiquement constants, dominent la symptomatologie; on y rencontre ainsi des troubles de l'attention, de l'évocation des souvenirs, avec surtout la fatigabilité. A ce tableau, il faut ajouter la viscosité mentale qui traduit les troubles de la conscience, et l'obnubilation ira croissante. Sur ce fond se détachent des phénomènes plus importants soit sous forme de désorientation proprement dite, soit enfin sous forme onirique. Au maximum, on trouve des états de torpeur ressemblant à un état comateux quelquefois difficile à différencier. Les troubles de la sphère de l'affectivité existent également et nous y retrouvons les deux tableaux décrits; celui d apathie, de type dépressif, nous semble non spécifique d'atteinte frontale; à l'opposé, le tableau d'hyperactivité psychique de type hypomaniaque ou moriatique nous paraît plus difficile à expliquer sans intervention de déficit frontal. Mais entre ces deux tableaux, les états d'indifférence sans doute les plus fréquents, peuvent passer inaperçus à un examen isolé ou rapide, d'autant que nous avons pu observer, greffés sur cet état d'indifférence quelques signes d'affectivité — d'ailleurs parfois pathologique. Il est fréquent de rencontrer des hémorragies intra-tumorales, des poussées kystiques, ou de simples poussées œdémateuses transitoires, et la symptomatologie peut varier d'un moment à l'autre.

Cependant, à côté des symptomatologies où une hypertension intracranienne intervient, nous rencontrons des tableaux cliniques proches de ceux décrits dans nos tumeurs frontales. Les lésions traumatiques localisées au lobe frontal, les abcès frontaux, hémorragies spontanées ou post-traumatiques du lobe préfontal, nous donnent une sémiologie sensiblement analogue. Des affections psychiatriques, où les lésions sont souvent plus diffuses (comme dans la P.G., la schizophrénie ou les démences

séniles ou pré-séniles, de type Pick ou Alzheimer) ont, elles aussi, des lésions surtout localisées au niveau du lobe préfrontal, ce qui a contribué à faire considérer que le lobe frontal intervenait dans leur production. Le problème se pose d'ailleurs souvent en pratique, avant que la stase papillaire soit découverte ou en son absence, de savoir s'il faut attribuer la symptomatologie à une démence de type atrophique pour laquelle nos thérapeutiques seront malheureusement inefficaces, ou à un processus tumoral latent pour lequel neuro-chirurgie et radiothérapie, le cas échéant, pourront agir.

Ainsi donc, nous pouvons admettre qu'il n'y a pas de « syndrome mental frontal » spécifique; nous pensons cependant qu'il existe au tableau clinique « de type frontal » lié à l'action d'une tumeur sur la zone cérébrale frontale; cette dernière joue un rôle important dans l'harmonie fonctionnelle dont dépend notre personnalité. En pratique courante, un « syndrome mental frontal » doit inviter à entreprendre les examens paracliniques qui, seuls, peuvent aboutir à un diagnostic positif et étiologique précis.

CONCLUSIONS

La fréquence des tumeurs frontales actuellement dépistées et les résultats des interventions neuro-chirurgicales faites dans un but thérapeutique, nous ont incité à reprendre l'étude de la symptomatologie psychiatrique de ces tumeurs pour aider au dépistage plus précoce des lésions tumorales et contribuer à la meilleure connaissance de la psychophysiologie du lobe frontal.

L'analyse de 137 observations (42 méningiomes, 90 gliomes et 5 métastases) nous a montré que le tableau mental des malades atteints de tumeurs frontales ne peut être rapporté aux cadres de la nosologie psychiatrique classique. Au terme de notre étude, nous croyons pouvoir écrire qu'une tumeur frontale fait apparaître une nouvelle personnalité; celle-ci est la résultante des déficits de la partie pathologiquement exclue et du fonctionnement nouveau imposé au reste de l'encéphale.

Nos malades ne se présentent pas d'une façon univoque; il est donc nécessaire, surtout dans un but didactique, de dissocier les différents éléments de cette personnalité.

Les facultés d'attention et de la mémoire sont souvent très déficientes avec une fatigabilité intellectuelle manifeste; si les troubles sont assez importants, ils provoquent un tableau confusionnel ou démentiel.

L'asthénie, pouvant aller jusqu'à la dépression, est assez fréquente, surtout au début de la maladie; l'indifférence paraît assez caractéristique; l'euphorie et les tableaux moriatiques avec, dans quelques cas, des jeux de mots, sont plus tardifs.

Dans le cadre des troubles mentaux, nous avons crû devoir faire entrer aussi certaines modifications de l'activité, qui ne sont souvent que l'expression d'une baisse de tonus de

l'intelligence et de l'humeur; certains automatismes peuvent être conservés pendant un certain temps.

Les troubles de la sphère instinctuelle sont à inclure, également, dans le cadre d'une nouvelle personnalité; nous avons comparé cette nouvelle personnalité à celle des enfants qui ne pourraient pas développer leur intelligence; dans certains cas, il existe un véritable état de démence, mais le plus souvent, le tableau clinique ressemble à celui des névroses.

La symptomatologie est particulièrement frappante pour les gliomes malins (tumeurs actives). Les méningiomes et les tumeurs non-actives dans lesquelles nous avons inclus les oligodendrocytomes, les astrocytomes protoplasmiques, les glioblastomes isomorphes et les métastases, ne donnent qu'une symptomatologie psychiatrique très frustre; les troubles mentaux dominent, par contre, le tableau clinique lorsque la tumeur est devenue active; il est impossible toutefois, d'individualiser des formes cliniques topographique et histologique; d'autant que l'anatomie pathologique montre qu'il y a souvent des termes de passage, ce qui rend les classifications pratiquement impossibles.

Les problèmes diagnostiques et étiologiques sont rendus souvent très délicats par l'existence de multiples associations pathologiques. Parmi celles-ci, notons les traumatismes craniens, l'alcoolisme, le passé psychonévropathique, l'épilepsie et les modifications vasculaires à distance. Ces nombreux facteurs rendent très difficile l'établissement de statistiques.

En conclusion, nous pensons qu'il n'y a pas à proprement parler de « syndrome mental frontal » spécifique; il n'est pas douteux cependant qu'il existe un tableau clinique « de type frontal » lié à l'action d'une tumeur sur une zone cérébrale, jouant un rôle important dans l'harmonie fonctionnelle dont dépend notre personnalité. En pratique courante, ce tableau doit inviter à entreprendre les examens complémentaires qui, seuls, peuvent aboutir à un diagnostic positif et étiologique précis.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :

Le Doyen :
R. SIGALAS.

Le Président de Thèse
DELMAS-MARSALET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Bordeaux, le 4 Juillet 1956.
le Recteur :
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA J. DE, et HÉCAEN H. — Le cortex cérébral, 1 vol. *Masson et C°, Paris,* 1949, 413 p.

AJURIAGUERRA J. DE, HECAEN H. et SADOUN R. — Les troubles mentaux au cours des tumeurs de la région méso-diencéphalique. *L'Encéphale,* 1954, *XLIII,* 406-478.

ALAJOUANINE Th., CASTAIGNE P., NICK J., PERTUISET B., BARBIZET J. et NAMIN P. — L'atteinte du trijumeau et du facial dans les méningiomes frontaux sagittaux et parasagittaux. *Rev. Neur., Paris,* 1953, *88,* n° 4, p. 225-235.

ANGELERGUES R., HECAEN H. et AJURIAGUERRA J. DE. — Les troubles mentaux au cours des tumeurs du lobe frontal. A propos de 80 observations dont 54 avec troubles mentaux. *Ann. Méd. Psychol.,* 1955, *113,* II, n° 4, p. 577-644. Importante Bibliographie.

ARNAUD. M. — Tumeurs intracraniennes dans Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale, tome III, *Masson et C°, Paris,* 1949.

ARNOT R. — Theory of Frontal Lobe Function. *Arch. of Neurol. and Psych.,* 1952, 67, 487-495.

AURIAT G. — Les gliomes cavitaires des hémisphères cérébraux. Etude anatomo-clinique. Thèse Bordeaux, 1925, 1 vol., 148 p.

AZIMAT H. — Problème bio-physique de la conscience dans « Entretiens Psychiatriques 1953 », 1 vol. *L'Arche, Edit., Paris,* p. 40-101. Importante Bibliographie.

BARRE et CRUSEM. — Remarques cliniques et anatomiques sur douze cas de tumeur frontale. VIII[e] Réunion Neurologique Internationale Annuelle, Paris, 3-4 juillet 1928. *Rev. Neur., Paris,* 1928, *48,* II, 14-18.

BARUK H. — Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales. Thèse Paris, 1926. 1 vol. *Doin et C°, Paris,* 396 p.

Benton A.-L. — Diagnostic des maladies cérébrales par les méthodes psychologiques. Rapport d'un cas et discussion du problème. *L'Encéphale*, 1954, *XLIII*, 54-71.

Bianchi L. — La mécanique du cerveau et la fonction des lobes frontaux. 1 vol., *L. Arnette, Paris*, 1921, 438 p.

Bogaert L. Van et Martin P. — Sur deux signes du syndrome de déséquilibration frontale : L'apraxie de la marche et l'atonie statique. *L'Encéphale*, 1929, *XXIV*, 11-18.

Bonnal J., Paillas J., Pellegrin, Roger Mme A. et Toga M. — Images électroencéphalographiques et angiographiques au cours des métastases cérébrales. Société de Neuro-chirurgie de langue française. Alger, 19-20-21 avril 1954. *Revue Neur. Paris*, 1954, *90*, 653-656.

Brazier M. and Finesinger J. — Action of barbiturates of the cerebral cortex. Electroencephalographic studies. *Arch. of Neur. and Psych.* 1945, *53*, 51-58.

Brickner R.M. — An interpretation of frontal lobe function based upon the study of a case of partial bilateral frontal lobectomy. *Res. Publ. Ass. New. Ment. Dis.*, 1934, *13*, 259-351.

— The intellectuel function of the frontal lobes. A study based upon observation of a man after partial bilateral frontal lobectomy. *The Macmillan Compagny, New-York*, 1936.

Brossard Mlle C. — Les tumeurs cérébrales après cinquante ans. Thèse Lyon, 1936, 121 p.

Burucoa P. — Etude de la stase papillaire dans les tumeurs cérébrales. Son devenir post-opératoire. Thèse Bordeaux, 1952, 86 p.

Capdevielle-Arfel G. — Place de l'E.E.G. dans le diagnostic des tumeurs cérébrales. *France Méd.*, 1951, *14*, n° 12, p. 18-20.

Capdevielle J.-L. — Contribution à l'étude des méningiomes multiples. Thèse Bordeaux, 1952. 55 p.

Caron J.P. — Les tumeurs fronto-calleuses. *France Méd.*, 1951, *14* n° 12, 27-29.

Castaigne P. — Les symptômes cliniques de l'hypertension intracranienne.

— Conduite à tenir devant un malade atteint d'hypertension intracranienne.

— Principales étiologies de l'hypertension intracranienne. *Revue du Praticien*, 1955, *V*, nº 22, p. 2259-2265, 2277-2281, 3383-3384.

Chavany. — Tumeur cérébrale péricalleuse avec troubles mentaux et « grasping reflex ». *Presse Médicale*, 1947, *23*, 270.

Chavany et Woringer. — Pourquoi certaines T.C. évoluent-elles sans céphalées ? *Presse Médicale*, 1948, *62*, 738-739.

Chavany, Arfel-Capdevielle, Guiot et Fighgold. — E.E.G. dans le diagnostic précoce des gliomes; incidences thérapeutiques. *Rev. Neur., Paris*, 1951, *84*, 5, 459-466.

Chroschko W.K. — Doctrine des lobes frontaux d'après trente années de recherches personnelles. *Ann. Méd.-Psychol.* 1935, *93*, 2, 383-401.

Christiansen V. — Les tumeurs du cerveau. 1 vol. *Masson et Cº, Paris*, 2e Edit. 1925.

Claude H. — Les fonctions du lobe frontal. IIe Congrès Neurologique International, Londres 1935. *Rev. Neur. Paris*, 1935, *64*, p. 518-524.

Clement J.-C. — Notion sur la localisation des tumeurs cérébrales. *France-Méd.*, 1951, *14*, nº 12, p. 5-11.

Cohn R. — Electroencéphalographie study of prefrontal lobotomy. A study of local brain injury. *Arch. of Neur. and Psych.* 1945, *53*, 283-288.

Cushing H. — Tumeurs intracraniennes. 1 vol. *Masson et Cº, Paris*, 1937. 194 p.

David M. — Les explorations radiologiques en neurochirurgie cérébrale. Rapport à la Réunion de Neurochirurgie, Alger, 19-20-21 avril 1954, dans *Rev. Neur., Paris*, 1954, *90*, 434-598.

David M. et Askenasy H. — Les méningiomes olfactifs. *Rev. Neur. Paris*, 1937, *68*, 489-530.

— Tumeur sous-frontale bilatérale à symptomatologie affective. Etude psychologique après ablation de la tumeur et des deux pôles frontaux. *L'Encéphale*, 1939, XXXIV, I, 34-41.

Davidson Ch. et Demuth E.-L. — Disturbances in sleep mechanism : a clinico-pathologic study — I. Lesions at the cortical

level. *Arch of Neur. and Psych.*, 1945, *53*, 399-406.

Delay J., Verdeaux G. et Marty R. — L'électroencéphalographie dans les tumeurs cérébrales à symptomatologie psychique. *L'Encéphale*, 1952, *XLI*, n° 3, 217-233 (105 références).

Delay J., Deniker et Verdeaux G. — Epilepsie évoluant depuis 15 années. Découverte E.E.G. de la tumeur causale. *Ann. Med. Psychol.* 1950, *2*, 507-512.

Delay. — Tumeur frontale droite; diagnostic par l'E.E.G. *Presse Méd.*, 1950, *58*, 9, 147.

Delmas-Marsalet P. — Le signe du bâillement dans les lésions du cerveau frontal. *Revue d'Oto-Neuro-Ophtal.* 26-2-35.

— Lobe frontal et équilibre. IIe Congrès Neurologique International, Londres, 1935, *L'Encéphale*, 1936, XXXI, I, 15-91.

— Le signe de l'ophtalmoscope dans les lésions du cerveau frontal. *Société d'Oto-Neuro-Ophtal de Bordeaux*, 15 mars 1947.

— Les Syndromes Corticaux (non paru).

— Cours de Psycho-physiologie (à paraître).

Delmas-Marsalet P., Faure J., Rougier G., Pouyanne H. — Contribution expérimentale aux effets des sections du lobe préfrontal chez l'homme et chez l'animal. *Ann. Med. Psychol.* 1952, *110*, II, n° 5, p. 609-643.

Demangeat M. — Au sujet des tumeurs du cerveau chez l'enfant et le nourrisson. Thèse Bordeaux 1953 (dactylographiée).

Ectors L. — Les conséquences mécaniques du développement d'une tumeur dans la cavité cranio-vertébrale. « *Travaux de l'Institut Bunge* ». Vol. V, Anvers 1948.

— Les méningiomes de la 3e frontale. 1 vol. *Masson et Cie, Paris*, 1945, 164 p.

— Contribution à l'étude de l'aréa 8. Soc. belge de Neur. - Séance du 17 Déc. 1955. *Ann. Med. Psych.* 1956, *114*, I, p. 102.

Ey H. — Etudes Psychiatriques. 3 vol. *Desclée de Brouwer et Cie*, Paris, 1954.

Faure J., Pouyanne H., Ueberschlag H., Bargues R. et Morin G. — Contribution à l'étude psychologique et bioélectrique des effets de leucotomies sous-corticales sélectives. Soc. de Méd.

de Bordeaux, séance du 15 mai 1953, dans *J. de Méd. de Bordeaux*, 1953, *130*, n° 8, p. 116-117.

Fiamberti A.-M. — La méthode trans-orbitaire de la leucotomie préfrontale. *L'Encéphale*, 1952, XLI, n° 1, p. 1-13.

Fontaine M. — L'œil dans l'hypertension intracranienne. *Revue du Praticien*, 1955, *V*, n° 22, p. 2267-2276.

Fulton J.F. — Physiologie des lobes frontaux et du cervelet. Etude expérimentale et clinique. 1. vol. *Masson et C°, Paris*, 158 p.

Garcia-Badaracco J. — Electroencéphalographie et Psychisme dans « Entretien Psychiatrique 1953 ». 1 vol. *L'Arche Ed., Paris*, p. 140-165. Importante bibliographie.

Giroire H., Charbonnel A., Fortineau J., Colas J., Vercelletto J., Collet M. et Rolland. — Tumeurs cérébrales à forme purement psychique. *Sem. Hôp. Paris*, 1955, *31*, n° 40, p. 2344-2346.

Goldstein M.-K. — Les relations entre les lobes frontaux et les fonctions psychiques. IIe Congrès Neur. Inter. Londres 1935. *Ann. Med. Psych.* 1935, 2, p. 479-480.

Grood P.A.M. de. — Anévrysme disséquant carotidien comme complication de l'angiographie carotidienne. Soc. de Neurochirurgie, Alger, 19-20-21 avril 1954, *Rev. Neur., Paris*, 1954, 90, p. 661.

Gros Cl. et Minvielle J. — Les images de spasmes dans les anévrysmes intracraniens. Soc. de Neurochirurgie de langue française, Paris, 1-2 décembre 1953. *Rev. Neur. Paris*, 1953, *89*, n° 6, p. 563-566.

Guiraud P. — Psychiatrie Clinique. 1 vol., 3e Edit. 1956. *Lib. Le François*, Paris.

Haskovec L. — Nouvelles contributions au psychisme sous-cortical. *L'Encéphale*, 1929, XXIV, n° 10, 846-855.

Hebb D.-O. — Man's frontal lobes : a critical Review. *Arch. of Neur. and Psychiat.*, 1945, *54*, 10-24.

Jarvie H.-G. — Frontal lobe desinhibition. *J. Neurol. Neurosurg. and Psychiatry*. 1954, *17*, n° 1, 14-32.

Lacube F. — Contribution à l'étude des troubles mentaux au

cours des tumeurs de la fosse postérieure. Thèse Bordeaux, 1953, 92 p.

Lazorthes G., Verdeau J. et Anduze-Acher H. — Un cas de gliome cérébral à forme mentale : trois ans d'évolution. Soc. d'O.N.O. Toulouse, 16 mars 1954. *Rev. d'Oto-Neuro-Ophtalmologie*, 1954, *XXVI*, n° 3, 165-167.

Le Beau J. — L'œdème du cerveau. Son rôle dans l'évolution des tumeurs et des abcès intracraniens. Thèse Paris, 1938, 222 p.

— Psychochirurgie et fonctions mentales. 1 vol. *Masson et C°*, *Paris*, 1954, 425 p. Importante bibliographie.

Le Henand F. — Contribution à l'étude de la séméiologie du lobe frontal. Thèse Bordeaux, 1946, dactylographiée, 51 p.

Levant Yeageg Ch. et Sarah-Luse. — Electroencéphalographie Localisation and Differentiation of lesions of frontal lobes. Pathologic confirmation. *Arch of Neur. and Psychiat.*, 1945, *54*, 197 - 201.

Levy-Valensi. — Précis de Psychiatrie. 1 vol., *Baillère*, *Paris*, 1939, 2e Edit.

Lhermitte J. — Le lobe frontal. Données expérimentales anatomocliniques et psychopathologiques. *L'Encéphale*, 1929, XXIV, I, 87-118.

Lidz Th. — Analysis of a prefrontal lobe syndrome and its theoritic implications. *Arch. of Neur. and Psychiat.*, 1949, *62*, I - 26.

Marchand L. — Tumeurs intracraniennes et troubles mentaux. *Les Sciences Médicales*, 1939 (31 mars), p. 73-77.

Martin P. — Les tumeurs cérébrales, tome XVI. Traité de Médecine, *Masson*, *Paris*, 1949.

Marty R. — Les troubles psychiques dans les néoformations intracraniennes. *L'Encéphale*, 1952, *XLI*, n° 5, 444-490. Importante bibliographie.

Mathon R. — Contribution à l'étude des formes mentales des tumeurs cérébrales. Thèse Lyon, 1935, 215 p.

Méignant, Rousseaux, Mathieu et Hantcheff. — Troubles men-

taux et tumeurs cérébrales. *Rev. Méd. de Nancy*, 1939, *67*, 3, 87-98.

Messimy R. — Les effets chez l'homme des lésions préfrontales. *Annales de Médecine*, 1939, *45*, 321-360.

— Faits expérimentaux et cliniques concernant les fonctions des lobes préfrontaux. *Annales de Médecine*, 1948, *49*, 69-85.

— Les hallucinations dans la pathologie préfrontale. Essai d'interprétation. *Presse Méd.*, 1953, *61*, n° 3, p. 52-54.

Milleret P. — Les réactions du squelette dans les méningiomes (les méningiomes avec hyperostoses). Thèse Lyon, 1948, 196 p.

Moniz E. — Radiodiagnostic de la circulation cérébrale. Rapport à la XV^e^ Réunion Neurol. Intern. Annuelle, Paris, 27 mai 1936, *Rev. Neur. Paris*, 1936, *65*, I, 1359-1387.

Moniz E. et Lima A. — Symptômes du lobe préfrontal. *Soc. de Neur. de Paris*, séance 5 mars 1936, dans *Rev. Neur. Paris*, 1936, *65*, 582-595.

Morsier G. de. — Le syndrome préfrontral, l'amnésie de fixation. *L'Encéphale*, 1929, *XXIV*, 19-49.

Munch Petersen C. — Les schizobasies. *Rev. Neur. Paris*, 1936, *66*, 6, 693-715.

Paillas J.-E., Bonnal J. et Corriol J. — Etude sur l'épilepsie des tumeurs cérébrales (à propos de 170 observations de tumeurs épileptogènes). *Rev. Neur. Paris*. 1953, *88*, p. 18-28.

Paillas J.-E., Bonnal J., Vigouroux R. et Mme Pitov. — Valeur et indications de l'angiographie cérébrale et de l'électroencéphalographie conjuguée en neuro-chirurgie. Soc. de Neurochirurgie de Langue Française, Alger, 19-20-21 avril 1954. *Rev. Neur., Paris*, 1954, *90*, 651-653.

Paillas J.-E. et Bonnal J. — Les thromboses spontanées de la carotide interne. Soc. de Neurochirurgie de Langue Française, Paris, 1-2 déc. 1953, *Rev. Neur. Paris*, 1953, *89*, p. 514-516.

Paillas J.-E., Boudouresques J., Bonnal J. et Provensal J. — Tumeurs frontales. Considérations anatomo-cliniques à propos de 72 tumeurs opérées. *Rev. Neur., Paris*, 1950, *83*, 5, 470-473.

Papaïonaou Ch. et Houdart R. — Tumeurs du Thalamus. *Sem. Hôp. Paris*, 1950, 555-563.

Pauly R. — Sur une image artériographique de thrombose de la carotide interne dans un cas de tumeur cérébrale. *J. de Méd. de Bordeaux*, 1954, *131*, 10, *1106-1109*.

Pecker J. — L'hypertension intracranienne d'origine tumorale. *Rev. du Praticien* 1955, *V*, 22, 2285-2291.

Pertuiset B. — Bases physiopathologiques de l'hypertension intracranienne. *Rev. du Praticien*, 1955, *V*, 22, 2245-2257.

Petit-Dutaillis D., Guiot G., Messimy R. et Bourdillon Ch. — A propos d'une aphémie par atteinte de la zone motrice supplémentaire de Penfield, au cours de l'évolution d un anévrysme artério-veineux. Guérison de l'aphémie par ablation de la lésion. *Rev. Neur. Paris*, 1954, *90*, 2, 95-106.

Philippides D., Steimle R. et Gerst J. — A propos de six cas de méningiome du sillon olfactif. *Rev. d'Oto-Neuro-Ophtal.*, 1954, *26*, 3, 158-161.

Pomme B., Janny P., Planche R., Gibert J. et Laforet J. — Les tumeurs cérébrales à forme pseudo-vasculaire. *Rev. du Praticien*, 1954, *IV*, 9, 801-803.

Porchaire A. — Contribution à la séméiologie de l'aire prémotrice. Revue critique à propos de deux observations. Thèse Méd. Bordeaux, 1952, 74 p.

Poursines Y., Alliez J., Roger J. et Pujol R. — Une série de tumeurs cérébrales révélées par des troubles mentaux. *Ann. Med. Psychol.*, 1953, *111*, I, 506-511.

Pouyanne L., Bessiere E., Pouyanne H. — Sur un cas de méningiome du tubercule de la selle turcique. Ablation - Récupération immédiate de la vision. *Société d'Oto-Neuro-Ophtal. de Bordeaux*. Séance du 15 mars 1947.

Pouyanne L., Pouyanne H., Arne L. et Leman P. — Thrombose cérébrale et abcès du cerveau. Etude artériographique (à propos d'un cas). *Sem. Hop., Paris*, 1952, *28*, 20, 3644-3645.

Pouyanne H., Leman P., Faure J., Ueberschlag H., Bargues L., Donnadieu A. et Morin G. — Résultats d'une expérience

homogène de psychochirurgie. *Bull. Soc. Méd., Pau*, LIIIe Série, Juillet 1953, p. 19-23.

Provensal J.-Ch. — Les tumeurs frontales. Etude anatomo-clinique de 82 observations. Thèse Marseille, 1951, dactylographiée, 127 p.

Puech P., Fischgold, Lairy-Bounes et Dreyfus-Brissac. — Signes E.E.G. des néoformations des hémisphères. *Sem. Hop, Paris*, 1950, *26*, 54, 2612-2622.

Riser M. — Pratique Neurologique. 2 vol. *Masson et Cie, Paris*, 1952.

— La circulation cérébrale. XVe Réunion Neurol. Internationale Paris, 26 mai 1936. *Rev. Neur., Paris*, 1936, *65*, I, 1061-1173.

Riser M., Laboucarie J. et Barres P. — L'expérience de la lobotomie en 1955. *Toulouse Méd.* 1955, *56*, 8, 475-488.

Roche M.-M. — Etude statistique des tumeurs cérébrales opérées au Centre Neurochirurgical de Lyon (Professeurs J. Dechaume et P. Wertheimer) de 1931 à 1951. Thèse Lyon, 1952, 136 p.

Romagny G. — Les tumeurs cérébrales chez l'enfant et l'adolescent. Thèse Lyon, 1939, 554 p.

Rothfeld J. — Sur la valeur localisatrice et sur la pathogénie des troubles psychiques au cours des T.C. *Rocznick psychiatryczmy*, 1935, 66 - 92, analyse dans *Rev. Neurol., Paris*, 1936, *65*, 722.

Rylander G. — Personality changes after Operations on the frontal lobes. A clinical study of 32 cases. *Acta Psych. and Neur.*, 1939, suppl. 20, 327 Importante bibliographie.

— Mental changes after excision of cerebral tissue. *Acta Psych. and Neur.*, 1943, suppl. 25, 81 p.

— Personality analyses before and after frontal lobotomy. *Res. Publ. Ass. Nerv. Ment. Dis.*, 1948, 27, 691-705.

Sshlesinger B. — Mental changes in intracranial Tumors and related Problems. *Conf. Neurologica*, 1950, *10*, 225-253 et 322-355.

Strauss I. et Keschner M. — Mental symptoms in cases of tumor of frontal lobes. *Arch. of Neur. and Psych.* 1935, *33*, I, 986-1007,

THIEBAULT F. et ROHMER F. — Les troubles psychiques des tumeurs cérébrales. *Rev. du Praticien*, 1955, *V*, 15, 1523-1529.

THUREL R. — Tumeurs intracraniennes. 1. vol, *Masson et C°*, *Paris*, 1946, 106 p.

— Les maladies vasculaires du cerveau. *Rev. Neur. Paris*, 1953, *89*, 292-296.

TOULOUSE E. et SCHIFF P. — Les syndromes psychiatriques initiaux dans certains cas de tumeur cérébrale. *Comptes rendus XXIXe Congrès Med. Alien. Paris*, 1925, P. 159-162.

VILLARET M., JUSTIN-BESANÇON L., Dr SEZE R. et CACHERA R. — Physiologie de la vaso-motricité cérébrale. XVe Réunion Neur. Inter. Annuelle, Paris, 26 mai 1936, dans *Rev. Neur.*, *Paris*, 1936, *65*, I, p. 1174-1254.

VINCENT Cl. — Diagnostic des tumeurs comprimant le lobe frontal. IXe Réunion Neur. Intern., Londres, Juillet 1928, dans *Rev. Neur.*, *Paris*, 1938, *2*, 6, 801-884.

— A propos de huit cas de tumeurs frontales. Soc. de Neur., séance 11 avril 1929, dans *L'Encéphale* 1929, p. 597.

— Les fonctions du lobe frontal vues par un neuro-chirurgien. IIe Congrès Neur. Intern. Londres, 1935, dans *Rev. Neur. Paris*, 1935, *64*, 544-546.

VIVIEN P. — Les signes « à distance » dans les méningiomes frontaux sagittaux et parasagittaux. *Concours Méd.* 1955, 77, n° 5, p. 415-418.

VORIS H.-C., ADSON A. et MOERSCH. — Tumors of the frontal lobe. Clinical observations in a series verified microscopically. *J. Amer. Med. Ass.*, 1935, *104*, 96-99.

WERTHEIMER P., DECHAUME J., et MANSUY L. — Les méningiomes parasagittaux. *Gazette Méd. de France*, 1937, *44*, 69-78.

YACORZYNSKI Gk., BOSHES B. and DAVIS L. — Psychological changes produced by frontal lobotomy. *Res. Publ. Ass. Nerv. Ment. Dis.*, 1948, 27, 642-657.

ZILBERSTEIN F. — Les troubles mentaux dans les tumeurs de la région frontale. Thèse Paris, 1947, dactylographiée, 116 p.

TABLE DES MATIERES

Pages

PREAMBULE 11

DEFINITION... 13

HISTORIQUE.. 17

ETUDES EXPERIMENTALES... 31

LOBECTOMIES ET LOBOTOMIES... 35

Les lobectomies.. 35

Les lobotomies... 38

ETUDE ANALYTIQUE CLASSIQUE : « LE SYNDROME MENTAL FRONTAL »... 45

Les troubles de l'humeur et du caractère... 46

Les troubles intellectuels 47

Les troubles du niveau de la conscience 48

Les troubles de l'activité ou troubles moteurs complexes.. 49

Les troubles instinctuels ou neuro-végétatifs 52

Le syndrome calleux 52

Les troubles psychotiques et névrotiques 55

Les troubles paroxystiques... 56

OBSERVATIONS... 57

Méningiomes. 59

Gliomes (et métastases).. 81

ESSAI D'ETUDE SYNTHETIQUE... 133

ESSAI DE GROUPEMENT DES SYMPTOMES PAR RAPPORT A L'ETAT ANTERIEUR... 134

I. - Les modifications de l'état antérieur 134

Pages

A) SIGNES NEGATIFS. 134
Sphère de la causalité 134
Le déficit mnésique.. 134
Les troubles de l'attention... 137
Les troubles de l'insertion temporo-spatiale... 137
L'affaiblissement du jugement... 138
Les troubles de l'association des idées, du courant de pensée... 138
La baisse de l'imagination... 139
Sphère des instincts... 139
Les instincts de conservation proprement dits 139
Les instincts de défense... 140
L'instinct de reproduction 140
L'instinct de vigilance... 141
Sphère de l'affectivité.. 141
Le tonus affectivité... 141
L'émotivité... 142
Sphère de l'activité 143
B) SIGNES POSITIFS. 144
La fabulation 144
L'onirisme ou délire de rêve... 144
L'automatisme mental... 144
L'automatisme... 145
L'itératisme.. 145
L'agitation psycho-motrice... 145
II. - L'apparition d'une nouvelle personnalité... 145
Personnalité intellectuelle. 146
Personnalité thymique 146
Personnalité instinctuelle... 147
Personnalité automatique 147

ESSAI DE GROUPEMENT DES SYMPTOMES PAR RAPPORT A LA TOPOGRAPHIE 148
I. - Tumeurs intrinsèques - Méningiomes 148
Les méningiomes de la convexité 149

Pages

Les méningiomes de la faux et parasagittaux 151
Les méningiomes olfactifs 152
Les méningiomes du tubercule de la selle 154
Les méningiomes de la petite aile du sphénoïde.. ... 154
Les méningiomes multiples... 155
II. - Tumeurs intrinsèques... 155

ESSAI DE GROUPEMENT DES SYMPTOMES D'APRES LA NATURE HISTOLOGIQUE 156
I. - Tumeurs non-actives 158
Les métastases... 158
Les oligodendrocytomes... 159
Les astrocytomes protoplasmiques 159
Les glioblastomes isomorphes 160
II. - Tumeurs actives 160

FORMES MENTALES SUIVANT L'AGE 163
Tumeurs du nourrisson... 163
Tumeurs de l'enfant.. 164
Tumeurs après 50 ans 167

LES ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES 169
Les traumatismes 169
L'alcoolisme.. 169
Le passé psychonévropatique. 169
L'épilepsie... 170
Les manifestations vasculaires à distance 172

SPECIFICITE DU SYNDROME FRONTAL... 175
CONCLUSIONS.. 181
BIBLIOGRAPHIE 185